



**DANIELA FILIPA
SOUSA
GONÇALVES**

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SUICÍDIO



**DANIELA
FILIPA
SOUSA
GONÇALVES**

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SUICÍDIO

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense, realizada sob a orientação científica da Doutora Catarina Rosa, Bolseira de Pós-Doutoramento do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, e sob a coorientação do Doutor Carlos Fernandes, Professor Catedrático do Departamento de Educação de Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Professora Doutora Sandra Cristina de Oliveira Soares
Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires
Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Doutora Catarina Pires da Rosa
Bolsista de Pós-Doutoramento do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Neste espaço pretendo agradecer a todos os que contribuíram para a realização da minha dissertação direta ou indiretamente.

Em primeiro lugar, quero demonstrar a minha gratidão à minha orientadora Doutora Catarina Rosa e seu coorientador Professor Doutor Carlos Fernandes por me terem acompanhado nesta longa caminhada. Agradeço todos os momentos de partilha, as sugestões, os ensinamentos e paciência. Um agradecimento também ao Doutor Pedro Bem-haja pelo seu contributo na minha dissertação.

À Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, por ter autorizado a realização deste trabalho. Às adjuntas dos diretores da Prisão Masculina Olga Araújo e Prisão Feminina Paula Leão, por me terem recebido de braços abertos e por sempre me apoiarem, facilitando a recolha da amostra e o espaço adequado para a realização das entrevistas. Obrigada a todos os Técnicos e Guardas Prisionais que comigo colaboraram permitindo que a recolha fosse realizada com sucesso.

Gostaria de expressar o meu agradecimento aos reclusos que aceitaram participar neste estudo, a eles devo esta investigação, por terem partilhado comigo tantas histórias das suas vidas. Um obrigado por colaborarem e por me darem incentivo em acabar esta investigação.

Dedico este trabalho aos meus Pais, a quem tudo devo. Têm sido a minha âncora, sem o seu apoio não teria concretizado os meus sonhos e projetos. Muito obrigada ao meu Pai e à minha Mãe pela força e coragem que me transmitem, pelo vosso legado e por me apoiarem incondicionalmente, em todos os momentos da minha vida.

À minha irmã Raquel, pelo carinho, amor, incentivo, apoio incondicional e paciência que sempre demonstrou ao longo da minha vida e pela alegria que nos deu, a mim e a toda a família, pela chegada da nossa querida Maria.

Aos meus avós, que de uma forma ou outra sempre me incentivaram a terminar o curso, demonstrando-me força e o orgulho que nutriam por mim.

Aos meus amigos, não evidenciando nomes, eles sabem a quem me refiro e o que cada um significa na minha vida, o meu agradecimento sincero por tudo aquilo que vivemos juntos e continuamos a viver. Nada seria igual se não vos estivesse a meu lado. Obrigada pela compreensão, apoio, força e paciência que demonstraram ao longo desta caminhada.

O meu agradecimento especial ao Hélder pelo encorajamento, compreensão, força e apoio ao longo deste árduo e custoso percurso. Pelas alegrias, momentos felizes, desânimos, angústias e essencialmente pela paciência nos momentos de dúvidas, incertezas e mau feitio.

A todas estas pessoas em cima referidas eu agradeço do fundo do coração, sem vocês do meu lado nada seria possível.

palavras-chave

suicídio, representações sociais, contexto prisional

resumo

Ao definirmos como objeto de estudo as representações sociais do suicídio em contexto prisional, pretendemos efetuar uma aproximação ao que os reclusos pensam acerca desta questão, ou seja, como constroem significado sobre este fenómeno. A amostra deste estudo é constituída por 280 indivíduos, 140 do sexo masculino e 140 do sexo feminino, todos reclusos da Prisão Santa Cruz do Bispo. Os participantes responderam a um inquérito que pretendia explorar e identificar os campos semânticos que estruturam os pensamentos, sentimentos e crenças em relação ao suicídio. Os resultados apontam para a existência de elementos distintos e elementos semelhantes nas representações sociais sobre o suicídio no sexo masculino e no sexo feminino, bem como nos indivíduos que já pensaram e nos indivíduos que nunca pensaram em cometer suicídio.

keywords

suicide, social representations, prison context

abstract

Defining as object of study the social representations of suicide in prison context, we intent to address what the inmates think about this question, namely, how they construct meaning on this phenomenon. The sample consists of 280 individuals, 140 males and 140 females, all inmates of the Santa Cruz do Bispo prison. The participants answered an inquiry meant to explore and identify the semantic fields that structure the thoughts, feelings and beliefs regarding suicide. The results point to the existence of distinct and similar elements in the social representations of suicide in males and females, as well as in individuals who have thought and individuals who never thought about committing suicide.

Índice

Capítulo I – O fenómeno do suicídio: Dimensão teórica e empírica.....	1
Definições: Suicídio, tentativa de suicídio, para-suicídio e ideação suicida	1
Suicídio	1
Tentativa de suicídio	2
Para-Suicídio	2
Ideação suicida	3
A investigação sobre o suicídio.....	3
Perspetiva dominante: Os fatores de risco e os fatores de proteção	6
A dimensão sociocultural do suicídio.....	7
Capítulo II – A Teoria das Representações Sociais.....	10
Definição de representação social	11
Processo de formação das representações sociais: Ancoragem e objetivação	12
Funções das representações sociais.....	13
Organização interna das representações sociais: A zona central e a zona periférica	13
Capítulo III – O suicídio e o contexto prisional.....	15
Capítulo IV – Estudo empírico	19
Metodologia	19
Objetivos e enquadramento metodológico	19
Participantes	20
Instrumentos	21
Inquérito: <i>Representações sociais do suicídio</i>	21
Procedimentos	21
Procedimento de recolha de dados.....	21
Procedimento de análise dos dados.....	22
Resultados	24
Representações sociais do suicídio no contexto prisional: A amostra total	24
Estímulo 1 – “O suicídio faz-me pensar...”	24
Estímulo 2 – “O suicídio faz-me sentir...”	25
Estímulo 3 – “As pessoas que se suicidam...”	26
Representações sociais do suicídio no contexto prisional: Sexo masculino vs. sexo feminino.....	27
Estímulo 1 – “O suicídio faz-me pensar...”	27
Estímulo 2 – “O suicídio faz-me sentir...”	29
Estímulo 3 – “As pessoas que se suicidam...”	31

Representações sociais do suicídio no contexto prisional: Reclusos que já pensaram em cometer suicídio (masculino vs. feminino) vs. reclusos que nunca pensaram em cometer suicídio (masculino vs. feminino)	33
Estímulo 1 – “O suicídio faz-me pensar...”	33
Estímulo 2 – “O suicídio faz-me sentir...”	37
Estímulo 3 – “As pessoas que se suicidam...”	40
Discussão dos Resultados.....	44
Representações sociais do suicídio no contexto prisional: sexo masculino vs. sexo feminino.....	45
Representações sociais do suicídio no contexto prisional: já pensou em cometer suicídio (masculino vs. feminino) vs. Nunca pensou em cometer suicídio (masculino vs. feminino)	50
Conclusão.....	54
Referências.....	57

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caraterísticas dos participantes do estudo.....	20
Tabela 2 – Estrutura da Representação Social.....	22
Tabela 3 – Respostas ao estímulo 1 “As pessoas que se suicidam...” amostra total.....	24
Tabela 4 – Respostas ao estímulo 2 “As pessoas que se suicidam...” amostra total.....	25
Tabela 5 – Respostas ao estímulo 3 “As pessoas que se suicidam...” amostra total.....	26
Tabela 6 – Respostas ao estímulo 1 “O suicídio faz-me pensar...” no sexo masculino.....	27
Tabela 7 – Respostas ao estímulo 1 “O suicídio faz-me pensar...” no sexo feminino.....	29
Tabela 8 – Respostas ao estímulo 2 “O suicídio faz-me sentir...” no sexo masculino.....	30
Tabela 9 – Respostas ao estímulo 2 “O suicídio faz-me sentir...” no sexo feminino.....	30
Tabela 10 -Respostas ao estímulo 3 “As pessoas que se suicidam...” no sexo masculino.....	31
Tabela 11 – Respostas ao estímulo 3 “As pessoas que se suicidam...” no sexo feminino.....	32
Tabela 12 - Já pensou em cometer suicídio – no sexo masculino.....	33
Tabela 13 - Nunca pensou em cometer suicídio – no sexo masculino.....	34
Tabela 14 - Já pensou em cometer suicídio – no sexo feminino.....	35
Tabela 15 - Nunca pensou em cometer suicídio – no sexo feminino.....	36
Tabela 16 - Já pensou em cometer suicídio – no sexo masculino.....	37
Tabela 17 - Nunca pensou em cometer suicídio – no sexo masculino.....	38
Tabela 18 - Já pensou em cometer suicídio – no sexo feminino.....	38
Tabela 19 - Nunca pensou em cometer suicídio – no sexo feminino.....	39
Tabela 20 - Já pensou em cometer suicídio – no sexo masculino.....	40
Tabela 21 - Nunca pensou em cometer suicídio – no sexo masculino.....	41
Tabela 22 - Já pensou em cometer suicídio – no sexo feminino.....	42
Tabela 23 - Nunca pensou em cometer suicídio – no sexo feminino.....	43

Capítulo I – O fenómeno do suicídio: Dimensão teórica e empírica

Definições: Suicídio, tentativa de suicídio, para-suicídio e ideação suicida

Suicídio

A palavra suicídio vem da expressão latina “*sui*” (si mesmo) e “*caederes*” (ação de matar) e foi utilizada pela primeira vez em 1717 por Desfontaines (Moron, 1977). Na língua portuguesa, o significado literal da palavra “suicídio” corresponde ao “ato ou efeito de suicidar-se” e no sentido figurativo “é a ruína procurada espontaneamente ou por falta de juízo” (Dicionário Enciclopédico Português, p. 48).

O suicídio pode ser caracterizado como um “dano fatal feito a si mesmo, intencional e consciente, mesmo que de modo ambíguo e vago” (Stengel, como citado por Werlang & Botega, 2004, p. 22). Os atos suicidas são definidos como comportamentos potencialmente auto lesivos com evidência de que a pessoa se pretende matar. O resultado de um ato suicida pode variar desde a não ocorrência de uma lesão até à morte (Meleiro, s/d). Quando se fala em suicídio, falamos em situações em que o indivíduo não encontra motivos para viver, em que o desespero e a ameaça de uma doença mental intervêm na vida da pessoa provocando a sua morte indiretamente (Cassorla & Smeke, 1994, como citado por Souza & Ávila, 2007). O suicídio pode ser considerado como uma autodestruição, uma auto violência humana, consciente ou inconsciente. Durkheim (1987, como citado por Souza & Ávila, 2007) afirma “Chama-se suicídio todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado”. Trata-se, desta forma, de o indivíduo pôr fim intencionalmente à sua vida, escolhendo a morte como única solução possível (Júnior, 2004, como citado por Souza & Ávila, 2007).

Segundo a OMS (2002 como citado por Seminotti, Paranhos & Thiers, 2006) o suicídio é considerado uma tragédia familiar e pessoal, causando sofrimento nas pessoas que rodeiam a vítima. Estima-se que diariamente em todo mundo se suicidam cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio. Em Portugal, os dados de 2013 revelam uma taxa de 10 suicídios por cada 100 mil habitantes (DGS, 2015). De acordo com Holmes (2001 como

citado por Vieira & Coutinho, 2008), as mulheres revelam maior tendência para tentar o suicídio do que os homens, apesar de os homens conseguirem ser mais bem-sucedidos nas suas tentativas.

Tentativa de suicídio

Segundo a OMS (2000), a tentativa de suicídio pode ser definida como um comportamento suicida não fatal. Caracteriza-se por gestos autodestrutivos não fatais como automutilação ou autoenvenenamento, mas com intenção de morte. Estes gestos resultam como estratégia para a resolução de um problema, como a única solução entre todas as outras possibilidades que o indivíduo possa ter pensado para o término da sua vida (Rapeli & Botega, 2003)

A tentativa de suicídio caracteriza-se por um ato levado a cabo por um indivíduo com o objetivo de morrer, mas que por algum motivo este não é concretizado. Estima-se que, para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas consideradas alarmantes ao ponto de exigir cuidados médicos (Saraiva, 2006). Segundo Diekstra (1993) para cada tentativa de suicídio registada, existem quatro não conhecidas. A OMS (2000) refere que a ausência de dados pode estar associada a erros no diagnóstico (sub-representação do fenómeno) e ao registo destes dados.

A literatura refere que o grau de intenção suicida deve ser considerado como um ponto num “continuum”: de um lado está a certeza absoluta de pôr fim à vida e no outro extremo está a vontade de viver. A condição “sine qua non” do suicídio é uma morte em que o indivíduo é, ao mesmo tempo, o agente passivo e ativo, com desejo de morrer, desejo de ser morto e o desejo de matar. É, então, ao nível da intencionalidade que podemos verificar as diferenças entre a tentativa e o para-suicídio (Meleiro, s/d).

Para-Suicídio

O para-suicídio, segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS, 2015) pode ser definido como um “ato não fatal, através do qual o indivíduo protagoniza um comportamento invulgar, sem intervenção de outrem, causando lesões a si próprio ou ingerindo uma substância em excesso, além da dose prescrita reconhecida geralmente como terapêutica, com vista a conseguir modificações imediatas com o seu comportamento ou a partir de eventuais lesões físicas consequentes”.

A SPS (2015) refere ainda haver maior incidência deste tipo de comportamento nas mulheres, em especial na fase da juventude, em geral, associado a um conjunto de perturbações emocionais, caracterizado por atos que têm como finalidade o desejo de terminar com a vida, mas com a particularidade de o indivíduo deixar pistas para que o ato não resulte na própria morte.

A literatura (OMS, 2000; Saraiva, 1999) refere que os comportamentos para-suicidários têm tido um aumento de 25%, desde o início dos anos 90, sobretudo entre jovens do sexo feminino. Estes comportamentos são mais frequentes entre os 15 e os 24 anos, muitas vezes associados a conflitos do dia-a-dia na sequência dos quais o jovem acredita estar a entrar num “buraco sem saída”. Caracterizam-se por comportamentos de autodestruição, nomeadamente intoxicações por medicamentos ou corte de pulsos.

Ideação suicida

A ideação suicida consiste em pensamentos sobre acabar com a própria vida, podendo mesmo ser vista como um precursor de outros comportamentos suicidas mais graves (Oliveira, 2003). Os indivíduos que apresentam ideação suicida, geralmente, têm planos e desejos de cometer suicídio, mas não fizeram nenhuma tentativa aberta de suicídio recente (Bertolote et al. (s/d) como citado por Costa, 2010).

Este tipo de pensamentos e desejos pode ser reconhecido através de expressões como *a vida não vale a pena* ou *queria estar morto* (Fleischmann, 2005; Saraiva, 2006a; Saraiva, 2006b; Vijayakumar, 2005, como citado por Costa, 2010). Ideias específicas ou planos bem estruturados podem conter a intenção de morrer (Bertolote et al. (s/d); Deslandes, 2002; Suominen, Isometsa & Lonnqvist, 2004 como citado por Costa, 2010). A desesperança, a mais relevante das características da depressão, é um dos fatores mais importantes que leva à ideação suicida, funcionando como interveniente entre a depressão e a ideação (e.g. Oliveira, 2003).

A investigação sobre o suicídio

No século XIX, quando o fenómeno do suicídio começou a ser estudado, os investigadores acharam que seria mais produtivo dividir o estudo sobre a motivação para alguém se suicidar em duas escolas ou perspetivas: uma psiquiátrica, que consistia na procura do princípio de explicação no próprio indivíduo; e a outra sociológica, que procurava essa explicação no meio social (Moron, 1977). Segundo Esquirol (1838 como

citado por Moron, 1977), líder da escola psiquiátrica, o indivíduo tinha ideias de suicídio sempre que se sentia numa situação limite e sob delírios. Partindo desta formulação teórica dominante, Achille Delmas (1930 como citado por Moron, 1977) arrisca ainda afirmar que um indivíduo só se suicidaria se fosse portador de algum tipo de doença mental. No entanto, outros autores menos dogmáticos, consideravam que nem todos os indivíduos tinham que padecer de uma doença mental, apenas teriam que, no momento do ato suicida, se encontrar num estado afetivo ou emocional patológico (Moron, 1977).

Na escola sociológica, Durkheim (1837 como citado por Moron, 1977) afirmava que o suicídio representava um fenómeno consistente e que não podia ser explicado por atos individuais. Desta forma, este autor considerava que o suicídio resultava de uma combinação de influências familiares, sociais e religiosas. Durkheim valorizava duas grandes dimensões para tentar compreender o fenómeno suicida: integração e regulação. A integração define-se como as relações que ligam o indivíduo ao grupo, já a regulação elucidava os requisitos normativos ou morais exigidos para a pertença ao mesmo (Saraiva, 2010). Segundo o modelo sociológico, o suicídio depende do controlo, mais firme ou mais fraco, da sociedade sobre os indivíduos uma vez que esta lhes impõe obrigações e normas sociais através dos processos de integração e regulação, moderando assim os seus objetivos e desejos. Assim, o gesto suicida revelaria uma fraca integração social e um sucumbir às obrigações externas (Oliveira, 2003).

Segundo a investigação psicológica sobre o suicídio de Freud (1917), este requer que o indivíduo chore a perda do objeto amado, tal como no processo do luto. Na melancolia, por consequência, o melancólico faz luto do seu próprio eu. Parte da energia libidinal serve para estabelecer ou criar uma identificação do eu com o objeto perdido, enquanto a libido que resta é reduzida ao sadismo face ao próprio eu. O sadismo que anteriormente estava destinado ao objeto, dirige-se agora para o eu, identificado como objeto perdido. É este sadismo que constitui a chave da conduta suicida nesta perspetiva. A intenção de cometer suicídio é, então, um conflito interno do indivíduo, ou seja, consiste em virar contra si próprio um impulso que se destinaria ao outro (Freud, 1917 como citado por Núñez, Núñez, Matos, Mendes & Rosa, 2008).

Karl Menninger (Sampaio, 1991) refere que há três desejos na forma particular de morte: de matar, de ser morto e de morrer. No desejo de matar existe um instinto para suprimir uma ameaça ou limite que poderá ser combatido. O desejo de ser morto

corresponde a uma forma de submissão e a uma introspeção de autoridade em que o eu sofreria em proporção direta a agressividade que desenvolve para o exterior. Já o desejo de morrer abrange toda uma vontade de se autodestruir que se traduz na morte final de todo o indivíduo de modo gradual e que no suicídio age de modo brutal na morte repentina. As forças da destruição estão erotizadas, quer no desejo de matar ou de ser morto, sendo o suicídio uma manifestação de narcisismo (Sampaio, 1991).

Karl Menninger (Sampaio, 1991) dividiu o suicídio em três tipos: crônico, focal e orgânico. No crônico, o indivíduo apresenta comportamentos como ascetismo, martírio, neuroticismo crônico e incapacitante. Também é possível demonstrar comportamento antissocial e psicose. O suicídio focal está ligado a uma parte do corpo (por exemplo, automutilação), a uma doença maligna, cirurgias múltiplas, acidentes, impotência e frigidez. Já no suicídio orgânico, o indivíduo poderá demonstrar componentes autodestrutivos agressivos e eróticos (Sampaio, 1991).

No modelo nosológico, Baechler (como citado por Núñez et al., 2008) relaciona o suicídio a doença mental sendo um sintoma de uma condição subjacente.

Não é hereditário, nem reativo a uma dificuldade ou circunstância, mas sim relacionado com o comportamento desenvolvido ao longo do tempo englobando a personalidade e o seu meio ambiente. Na infância, os indivíduos sofreriam uma série de circunstâncias que levariam a um enfraquecimento do instinto de conservação, como por exemplo, perda precoce de um dos progenitores ou doença mental na família (Sampaio, 1991).

O foco de análise centra-se naqueles que se suicidam, para o sentido do ato suicida e finalmente para fatores que podem influenciar a formação de problemas e situações onde a solução mais provável será suicídio. Esta interpretação necessita de uma análise detalhada da personalidade e do meio ambiente do indivíduo para uma melhor compreensão do porquê desta escolha de caminho (1975 como citado por Sampaio, 1991).

Baechler descreveu ainda o suicídio como: afastamento, nos casos onde existe uma vontade de escapar a algo (onde se inclui a fuga, o luto e o castigo); agressivo, quando visa um ato agressivo contra o outro (o crime, a vingança, a chantagem e o apelo); oblativo, quando procura satisfazer as necessidades de outrem (o sacrifício e a passagem); e por último o suicídio lúdico, subdividido em ordálio e o jogo (como a vida) (Oliveira, 2003).

Perspetiva dominante: Os fatores de risco e os fatores de proteção

A investigação em torno do suicídio tem-se dedicado, maioritariamente, à identificação de variáveis demográficas (e.g. sexo, idade, nível de educação, religião) e clínicas (e.g. depressão, ansiedade, abuso de substâncias, acontecimentos traumáticos) comuns aos indivíduos em risco de suicídio para poder prever o seu comportamento (Everall, 2000). Ou seja, tem incidido na procura da definição de fatores de risco.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2015) os fatores de risco, ou facilitadores como referem, podem ser divididos em quatro fatores: psicopatológicos, pessoais, psicológicos e por último os sociais. No primeiro fator, podemos incluir diagnósticos de depressão endógena, esquizofrenia, alcoolismo, toxicodependência e distúrbios de personalidade; modelos suicidários de familiares, de pares sociais ou de histórias de ficção e/ou notícias veiculadas pelos meios de comunicação; comportamentos suicidários prévios; ameaça ou ideação suicida com plano elaborado. No segundo, ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45; pertencer ao sexo masculino e ser de raça branca; morte do cônjuge ou de amigos íntimos; escolaridade elevada; presença de doenças terminais (HIV, cancro etc.); hospitalizações frequentes (psiquiátricas ou não); estrutura familiar atual desagregada (por separação, divórcio ou viuvez). No terceiro, ausência de projetos de vida; desesperança contínua e acentuada; culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas; perdas precoces de figuras significativas (pais, irmãos, cônjuge, filhos); ausência de crenças religiosas. No quarto fator, habitar em meio urbano; desemprego; mudança de residência; emigração; falta de apoio familiar e/ou social; reforma; acesso fácil a agentes letais, tais como armas de fogo ou pesticidas; estar encarcerado.

Na investigação desenvolvida sobre os fatores de risco, destacam-se os estudos sobre a perturbação depressiva major, por se tratar a perturbação mental que apresenta o maior risco de suicídio (Stengel, 1980). Os principais sintomas desta perturbação, com enorme relevância para o fenómeno, são o humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimento de inutilidade e baixa autoestima associados à falta de consideração que a pessoa sente por si própria. A taxa de suicídio em indivíduos diagnosticados com depressão pode ir até aos 15%. Segundo os estudos epidemiológicos, a taxa de morte está ainda quatro vezes aumentada nas pessoas que têm mais de 55 anos (DSM-IV). Porém, quando o indivíduo se encontra no auge das crises depressivas fica menos

vulnerável a tais tentativas. Isto porque, nestes momentos, a depressão é caracterizada principalmente pela desmotivação, desinteresse e letargia do raciocínio. Nesse momento, o indivíduo não deseja participar em nenhuma atividade, inclusive no ato de se matar. Alcançado este estágio, a tendência seguinte é a omissão (por exemplo, o indivíduo deixa de se alimentar), que também é considerada uma forma de suicídio. Importa ainda acrescentar que, do ponto de vista do indivíduo, o suicídio não é visto como um fim para tudo. Ele é visto como uma das alternativas possíveis para uma determinada situação considerada insuportável, e aparentemente sem resolução (Ferreira, 2008), sendo que a morte se torna o único refúgio e a inevitável solução dos problemas.

A identificação destes fatores ou padrões é, sem dúvida, um elemento relevante para a explicação do suicídio, mas um conjunto diversificado de autores tem vindo a alertar para a necessidade de investigar o suicídio de formas alternativas ao modelo biomédico dominante. Vários autores identificam esta mudança como uma passagem da explicação à compreensão do fenómeno (Fitzpatrick, 2011; Hjelmeland & Knizek, 2010; Sarchiapone & D'Aulerio, 2015; White, 2012).

Quanto aos fatores de proteção, ou seja, aqueles que são considerados isoladores face ao suicídio, segundo a OMS (2006), estes incluem: o apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos; crenças religiosas, culturais e étnicas; envolvimento na comunidade; uma vida social satisfatória; integração social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer; e o acesso a serviços e cuidados de saúde mental. Embora estes fatores de proteção não eliminem o risco de suicídio, podem diminuir o peso imposto por circunstâncias difíceis da vida, contribuindo para uma redução do risco (OMS, 2006).

A dimensão sociocultural do suicídio

O construcionismo social postula que a compreensão dos fenómenos psicológicos não se encontra encerrada na mente dos indivíduos, mas nos processos sociais, ou seja, nas relações que se estabelecem entre as pessoas através de práticas discursivas (mudança de foco do indivíduo para a relação). Neste sentido, os processos psicológicos só podem ser compreendidos se forem contextualizados e entendidos à luz do contexto e das relações (posicionamento histórico-cultural).

O ser humano está inserido numa sociedade que vai sendo alvo de profundas transformações ao longo do tempo: a rapidez com que recebemos novas informações e o avanço de novas tecnologias modificaram o modo de pensar e de viver das pessoas. Hoje em dia, as regras e os valores já não possuem a mesma rigidez de há alguns anos atrás. Atualmente, a complexidade do indivíduo assenta na grande e diversa quantidade de opções e gostos pessoais. Apesar destas mudanças, segundo Prats (1987, p. 182) “Não há nenhuma sociedade ou microcultura, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não existia suicídio, embora gerido em cada uma delas de forma diferenciada, conforme a sua mentalidade, as concepções sobre a vida e o seu valor simbólico, sobre a morte e o significado após a morte”.

A família, como grupo fundamental que é para cada indivíduo e para a sociedade, quando confrontada com a morte, reage de acordo com as suas especificidades. Mesmo quando o confronto é com as diferentes situações que podem levar um indivíduo a lutar pelo direito a morrer, essas especificidades não esmorecem. De um modo geral, na sociedade portuguesa o suicídio parece continuar a ser tratado como um autêntico tabu. As pessoas que tentam o suicídio, ou as que rodeiam a vítima, na maioria das vezes optam por esquecer o episódio mais do que tentar resolvê-lo ou percebê-lo, seguindo a via aparentemente mais fácil do evitamento (Ferreira, 2008).

Vários autores de diferentes campos do saber têm tentado explicar a autodestruição humana. Voltamos a destacar o trabalho de Émile Durkheim, que deixou um grande legado sobre o estudo do fenómeno do suicídio na obra “O Suicídio – Estudo Sociológico”, cuja primeira publicação data de 1897. Segundo este autor, o suicídio embora sendo um ato muito pessoal, só poderia ser explicado pelo estado atual da sociedade ao qual o indivíduo pertencia. Cada sociedade parecia ter uma inclinação coletiva para o suicídio, expressa na taxa de suicídio e que tenderia a manter-se contínua enquanto o caráter da sociedade não se modificasse. Esta inclinação coletiva da sociedade influenciava o indivíduo, o que poderia levá-lo a matar-se forçosamente. Quanto mais profunda for a integração do indivíduo nos grupos sociais, menor a probabilidade de este se suicidar e vice-versa (Durkheim, 1897 como citado por Stengel, 1980). Neste contexto, Durkheim (1980 como citado por Stengel, 1980) distingue três tipos de suicídio, de acordo com as diferentes perturbações na relação Homem-Sociedade: o suicídio egoísta, suicídio altruísta e o suicídio anómico. O suicídio egoísta resulta da falta de preocupação do indivíduo em relação à sociedade, o

que o deixa mais vulnerável à inclinação coletiva para o suicídio. Este suicídio é caracterizado pelo excesso de individualismo por parte do indivíduo, na maioria das vezes devido a doença física ou mental, falta de recursos ou luto. O suicídio altruísta acontece em sociedades que praticam um nível de integração excessivo do indivíduo e que justificam o sacrifício individual pelo grupo ou por um bem maior. Este tipo de suicídio era visto com respeito e admiração. Fazendo um paralelismo com o tempo em que vivemos, este tipo de suicídio pode ser retratado, por exemplo, nos bombistas suicidas que se suicidam pelo bem das causas em que acreditam e da cultura a que pertencem. E por último, o suicídio anômico, que se refere às sociedades em que impera a anomia, o que não permite que se assegure a satisfação das necessidades mais elementares do indivíduo, pelo que o suicídio se torna mais frequente.

Maris (1997 como citado por Arthi, 2008) criou o termo “suicídio social” que inclui pactos de suicídio e suicídios em massa. Este autor afirmava que num grupo de pessoas havia sempre alguém mais dominante, o chamado líder, que acabava por influenciar o(s) outro(s) a matar(em)-se. Apesar de o suicídio ser um ato individual, existem casos de práticas em grupo, nomeadamente no contexto de seitas religiosas ou de grupos suicidas on-line (nova era digital), que acabam por encorajar o indivíduo resultando num aumento de suicídios sociais (Biddle, Donovan, Hawton, Kapur & Gunnel, 2008 como citado por Arthi, 2008). Também pode acontecer o suicídio conjunto de duas pessoas que estão ligadas afetivamente, em que as pessoas acreditam que se morrerem juntas, haverá uma união feliz depois da morte (Stengel, 1980 como citado por Ferreira, 2008). Este tipo, em especial, denomina-se pacto de suicídio, sendo extraordinariamente raro que aconteça (Arthi, 2008).

As atitudes que o indivíduo tem perante o suicídio estão ligadas às suas ideologias de morte. Desta forma, conseguimos verificar as semelhanças e diferenças entre as reações de diferentes sociedades perante o suicídio. Em muitas culturas, o que parece acontecer é que existe uma atitude semelhante perante o suicídio e o homicídio por ambos serem temas bastante temidos e proibidos, apesar de haver exceções. O homicídio é permitido como meio de autodefesa e o suicídio aceitável em determinadas situações (Stengel, 1980). Desta forma, é possível afirmar que não há uma única fórmula de compreensão do suicídio que seja igual para todas as sociedades. Assim, as reações ao suicídio variam de cultura para cultura e de religião para religião. É uma

ação que pode ser vista desde como uma via de libertação a um pecado gravíssimo (Ferreira, 2008).

No Japão, por exemplo, desde a antiguidade que o suicídio é aceite nesta sociedade por demonstrar a coragem e o autodomínio dos crentes perante o culto. No Egito, o suicídio era visto como uma forma de libertação. Os que acreditavam nesta ideologia criavam grupos e associações de forma a escolherem as maneiras mais agradáveis de morrer. Já na Grécia e no Império Romano, o suicídio não era visto da mesma maneira. As atitudes perante este ato variavam entre a condenação e a admiração. Alguns filósofos afirmavam este ato como um assassinio. No entanto, em caso de sofrimento intolerável, os indivíduos tinham direito a pôr termo à vida (Moron, 1977).

No que concerne às religiões, na maioria delas o suicídio é visto como ato completamente reprovável, sendo raras as religiões que aprovam, acabando assim por funcionar como um fator protetor face ao mesmo. Durkheim (1897) impulsionou estudos sociológicos acerca da relação entre a religião e o suicídio. Este autor comparou as taxas de suicídio de diversos países, considerando a religião predominante em cada um deles e verificou que existia uma incidência de suicídios 50% superior nos países protestantes em relação aos de maioria católica. Isto deve-se ao facto de nos países protestantes a religião não ser tão integrante (e ritualizada) como a católica. Mas, por exemplo, na Inglaterra a religião dominante é a protestante, mas, no entanto, o nível elevado de instrução faz com que a taxa de suicídio se aproxime da católica (Durkheim, 1893). No caso das religiões orientais, existem opiniões análogas quanto à reprovação do suicídio. Com algumas variações, esta visão do suicídio como um ato condenável existe no Cristianismo, Islamismo, Judaísmo e o Hinduísmo. (Bathia, 2002 como citado por Meleiro, s/d.; Pessini, 1999). Assim, se o indivíduo viver numa sociedade onde a religião é um elemento dominante, a taxa de suicídio será à partida menor. Mas vai depender também do nível de integração do indivíduo com ou na sua religião (por exemplo, católico praticante ou não praticante) (Durkheim, 1893).

Capítulo II – A Teoria das Representações Sociais

De acordo com a teoria das representações sociais a compreensão da forma como as pessoas pensam e agem relativamente a um dado segmento da realidade (e.g. objeto, fenómeno, experiência) só pode ser verdadeiramente alcançada se se tiver em

consideração a relação dinâmica entre a cognição individual e o conhecimento (e.g. crenças, valores, ideias, práticas) partilhado pelos grupos sociais de pertença sobre o mesmo. A teoria das representações sociais é uma teoria sobre a produção quotidiana de saber social (Jovchelovitch, 1998).

Definição de representação social

A noção de representação social foi introduzida em 1976 por Moscovici. Refere-se a um conjunto de valores, ideias ou práticas, elaborados e partilhados socialmente, que regulam a relação do indivíduo com o mundo e orientam a sua conduta (Jodelet, 1989; Moscovici, 2001). Sendo as representações sociais responsáveis pela estruturação da realidade, permitem que haja uma integração e a classificação de novos factos, facilitando, por um lado, a comunicação e, desta forma, simultaneamente, são construídas através da mesma (Moscovici, 2001). As representações sociais, de uma forma geral, permitem dar sentido aos acontecimentos, construindo convenções, ao mesmo tempo que prescrevem condutas (Moscovici, 2001). As representações sociais são abordadas simultaneamente como produto e processo da atividade de apropriação da realidade exterior pelo pensamento, e de elaboração psicológica e social da realidade (Jodelet, 1989).

Se as representações sociais, determinadas pelas interações, vão servir de guia de leitura da realidade, e, simultaneamente determinar comportamentos (Sampaio, A. Oliveira, Vinagre, Pereira, Santos & Ordaz, 2000), interessa, então, focarmo-nos sobre estas conceções subjetivas. O pilar do estudo das representações sociais é de que os indivíduos não respondem a fatores objetivos da realidade, mas sim à sua representação (Jodelet, 1989). Assim, torna-se fundamental compreender de que forma se organizam as representações e que fatores intervêm nas mesmas. Muitas vezes, o estudo experimental das representações sociais torna-se artificial. No entanto, a experimentação associada a este tipo de variáveis é bastante rica, na medida em que é dada particular relevância a fatores cognitivos e simbólicos (Jodelet, 1989). Deste modo, é possível compreender, não só os comportamentos e fatores mensuráveis, mas todo um processo de significação (Grisez, 1975 como citado por Jodelet, 1989). As representações sociais são o resultado da atividade cognitiva e simbólica de um grupo. Estas não como cópias exatas dos objetos, mas emergem de um processo de reconstrução e criação, através do qual o indivíduo, pela sua atividade, não só

reconstrói, mas também cria e inova o conhecimento compartilhado (social, cultural e historicamente). Os dois processos que estão na gênese das representações sociais - i.e. a ancoragem e a objetivação - mostram precisamente a interdependência entre a atividade psicológica e as condições sociais do seu exercício, ou seja, como o social se transforma em representação e como esta transforma o social. A ancoragem reflete “a intervenção da representação no social”, enquanto a objetivação consiste na “intervenção do social na representação” (Neto, 1998 p.459).

Processo de formação das representações sociais: Ancoragem e objetivação

A ancoragem é um processo de familiarização do novo. Diz respeito ao processo pelo qual uma ideia é trazida para o contexto do familiar, passando a estar incluída na categoria de “imagem comum”. Nesse momento, é dado nome ao que não tinha nome, passando a ser possível imaginá-lo e representá-lo. (Moscovici, 2000). A ancoragem consiste assim na integração de informação em categorias, em esquemas pré-concebidos, facilitando assim a nomeação de objetos e acontecimentos e a sua classificação, na medida em que lhes atribui determinada polaridade, contribuindo, portanto, para a interpretação de factos e construção de opiniões (Moscovici, 2001).

A objetivação permite trazer aquilo que, até então, não existia para o universo do conhecido. Permite a concretização de algo abstrato, na medida em que lhe atribui características, associa imagens, torna real e visível o que não é palpável. Deste processo vai resultar a construção de uma nova realidade, não sendo possível distinguir o que é construído mentalmente da realidade objetiva (Neto, 1998). Desta forma, é possível verificar que o indivíduo não se rege tanto, no seu dia-a-dia, por uma realidade concreta, objetiva, quantificável, mas antes por uma realidade construída, modificada de acordo com esquemas pré-existentes, resultantes de toda uma história desenvolvimental, em que a socialização detém um papel determinante (Jodelet, 1989).

Este mecanismo de objetivação ocorre em três momentos distintos. Num primeiro momento, dá-se um processo de seleção e descontextualização das ideias, crenças e informações sobre o objeto de representação. Numa segunda etapa, dá-se a formação de um núcleo figurativo, ou seja, o indivíduo recorre a informações e dados que já possui para compreender aquilo que é novo. Por fim, dá-se a naturalização das categorias descritivas. Neste momento, os conceitos retidos no núcleo figurativo e as respetivas relações constituem-se como categorias naturais. O abstrato concretiza-se,

materializa-se; a percepção torna-se realidade, passando o conceito e a realidade a equivalerem-se (Moscovici, 2000; Vala, 1997).

É importante ressaltar, contudo, que a objetivação e a ancoragem não ocorrem em momentos distintos, mas desenvolvem-se concomitantemente, interrelacionam-se e dão sentido à representação social. Essa representação é influenciada pelo meio no qual se cristalizou, ao mesmo tempo que também o influencia, porque passa a fazer parte do conhecido, do ponto de partida, possibilitando uma nova interpretação da realidade, ou visão do mundo.

Funções das representações sociais

As representações sociais são formas de conhecimento que visam transformar o que é estranho em familiar, por meio da agregação da novidade a estruturas de conhecimento já existentes e dotadas de certa estabilidade. No fundo, as representações sociais têm por finalidade classificar os eventos da vida social numa grelha de interpretação comum, que permita aos membros de um grupo agir de forma concertada. O mesmo será dizer que, as representações sociais contribuem e influenciam a construção de uma realidade consensual para os membros de um grupo, enquanto simultaneamente sustentam as suas práticas: regem a relação das pessoas com o mundo e com os outros, orientam e organizam os comportamentos e as trocas comunicacionais (Jodelet, 1989).

Moscovici (2000) refere-se a duas funções principais das representações sociais: uma normativa e outra prescritiva. Ou seja, por um lado, inserem os objetos em modelos sociais e, por outro, servem de guia para as ações e relações sociais.

Organização interna das representações sociais: A zona central e a zona periférica

A representação social é composta por dois componentes: a zona central e a zona periférica. A interação entre estas duas zonas aparece como elemento essencial na atualização, evolução e transformação das representações sociais (Abric, 1993).

A zona central é constituída pelo núcleo central da representação que apresenta as seguintes características: está ligado à memória coletiva e à história do grupo, é consensual e define a homogeneidade do grupo. Esta zona é ainda caracterizada pela sua coerência e rigidez. É constituída por inúmeros elementos que organizam toda a representação ao determinar o seu significado e a sua propriedade mais valorizada é a

estabilidade (Abric, 1984, 1987, 1989, 1993; Flament, 1987, 1989, 1993 como citado por Gulmelll, 1993). São os elementos centrais que estão na origem do significado e coerência da estrutura social. Por outro lado, os elementos periféricos podem ser considerados essenciais na análise dos processos que estão na origem das dinâmicas das representações sociais (Flament, 1993 como citado por Gulmelll, 1993). É de salientar que somente a zona central estrutura todo o campo representacional, ou seja, é relevante para a mobilização da representação como elemento de decifração da realidade dada (Abric, 1989 como citado por Gulmelll, 1993).

A zona periférica é composta por esquemas prescritivos que são dependentes das condições que operam, ou seja, o esquema periférico pode prescrever comportamentos diferentes consoante a situação em que o sujeito se encontra (Flament, 1993 como citado por Gulmelll, 1993). As suas funções são gerar o significado da representação e determinar a sua organização. Enquanto a zona central é essencialmente normativa, a zona periférica é em si funcional, constituindo-se como complementos fundamentais. A zona periférica permite a integração individual das experiências e histórias passadas e posiciona a representação na realidade do momento.

Esta zona cumpre três funções: a) permite a adaptação à realidade concreta; b) possibilita conteúdo de diferenciação e c) protege a zona central (Abric, 1993). A primeira função é o domínio da realização da zona central, ou seja, é a que toma a posição ou o curso da ação. Em oposição à zona central, a zona periférica é muito mais determinada e influenciada pelas características do contexto imediato, o que compõe uma interface entre a zona central e a realidade concreta (Abric, 1993). A segunda função, é caracterizada pela sua versatilidade e flexibilidade, ou seja, “a regulação e adaptação das restrições e das características da zona central à situação concreta que o grupo está a enfrentar” (Abric, 1993, p. 76). É o elemento mais importante nos mecanismos de defesa para a proteção da zona central da representação. Portanto, é a zona periférica que primeiro absorve a nova informação ou eventos possíveis de desafio para o núcleo central. Com a transformação de alguns elementos periféricos, os elementos centrais, pelo menos por um curto espaço de tempo, mantêm-se estáveis (Abric, 1993). Por último, a terceira função é a que permite à zona periférica uma modelação individual da representação. Devido à sua flexibilidade, a integração torna-se possível nas variedades individuais da representação coesas à história do sujeito. Esta função possibilita ainda a elaboração individualizada das representações sociais que estão organizadas em torno

de um núcleo central comum. Se existir consensualidade entre as representações e a zona central, é possível tolerar possantes diferenças interindividuais na zona periférica (Abric, 1993).

Esta conceção permite uma melhor compreensão de como as representações sociais são transformadas. Os processos cognitivos que estão no seio da transformação na representação social podem tomar vários formatos, mas parece que, em muitos casos, esse é o papel das práticas sociais (Flament, 1993 como citado por Gulmelll, 1993). Pode dizer-se que existem três importantes tipos de transformação: a resistente, a progressiva e a brutal. A transformação resistente é onde as práticas contraditórias podem ser gerenciadas pela zona periférica e pelos mecanismos de defesa normais (Abric, 1993). São ativados esquemas que salvaguardam a zona central de ser desafiada. Como exemplos destes esquemas designados “estranhos” (por alusão à novidade) temos: 1. Voltar ao normal; 2. Designação de um elemento estranho; 3. Afirmação de uma contradição entre dois termos; e 4. Proposição da racionalização que ajuda a suportar a contradição (Abric, 1993). A transformação progressiva ocorre quando novas práticas não são completamente contraditórias à zona central. A transformação da representação acontece sem rutura, ou seja, sem a separação da zona central. Os esquemas ativados pelas novas práticas vão progredindo para se integrarem e complementarem à zona central, para constituírem uma nova representação (Guimelli, 1989 como citado por Abric, 1993). A transformação brutal sucede quando as novas práticas desafiam diretamente o centro das representações sem nenhuma possibilidade de ajuda dos mecanismos de defesa que funcionam na zona periférica. A importância destas práticas, a sua perpetuidade e os seus aspetos irreversíveis conduzem a uma total transformação da zona central e consequentemente de todas as representações (Abric, 1993).

Capítulo III – O suicídio e o contexto prisional

Em Portugal, o ano de 2010 foi um dos piores dos últimos anos, com dezanove suicídios consumados nas prisões portuguesas. Nos anos 90, o suicídio nas prisões inglesas aumentou 40% (Moreira, 2005).

Tal como foi referido no capítulo I, a interação é um fator com impactona percentagem do suicídio, ou seja, se o indivíduo está adaptado, e consequentemente integrado na sociedade, será menos provável que realize uma tentativa de suicídio. A

adaptação é o fruto da interação entre o indivíduo e os outros e o indivíduo com o meio. Gonçalves (2008) crê que a adaptação é capaz de “sentir, perceber e agir”. Um indivíduo com comportamento desviante permanece centrado sob si próprio fazendo com que este tipo de comportamento se perpetue no seu modo de ser e de estar. Se o indivíduo sentir dificuldade em ser compreendido, poderá diferenciar entre a inclusão na adaptação ou na inadaptação, principalmente se o indivíduo se encontrar em condições adversas, como a privação da liberdade (prisão).

Num estudo realizado por McKee (1998) com 665 reclusos e 89 reclusas que tentaram suicidar-se, foram identificados dois tipos de métodos utilizados nessas tentativas: como método letal o enforcamento e como método não letal as flebotomias. Este estudo concluiu que a taxa de mortalidade e as tentativas de suicídio são em maior número por enforcamento (52 mortes em 602 tentativas), sendo 19 vezes superior ao número de mortes por automutilações nos pulsos e braços (1 morte em 275 tentativas). Este autor verificou que a prevalência neste contexto é 11-14 vezes maior do que na população em geral. Este ensaio de sistematização dos comportamentos pode tornar-se muito perigoso, pois as tentativas de suicídio seja elas “sérias” ou “manipuladoras”, envolvem sempre um certo risco, para além de se constituírem como um forte preditor de suicídio (Neeleman, 2001; Corcoran et al., 2003). Muitas tentativas de suicídio são acompanhadas de um estado de humor em que é indiferente viver ou morrer, em vez de uma clara e inequívoca opção de pôr termo à vida, o comportamento suicidário é visto como um ato de autoagressão deliberado no qual o indivíduo ignora se vai sobreviver (Stengel 1952 como citado por Saraiva, 2006).

A forma como se “olha” para estes comportamentos depende muito da forma como esse comportamento é encarado pelos vários intervenientes no processo. Nem sempre este gesto é entendido como reflexo de um profundo sofrimento. Os gestos autodestrutivos, levados a cabo por reclusos, são com frequência encarados como um comportamento manipulador. Estes reclusos pensam que cometendo comportamentos para-suicidários, poderão ganhar um maior controlo sobre o meio que os rodeia ou ter ganhos secundários, como por exemplo a transferência para um hospital. Segundo a OMS (2007) a possibilidade de encenar uma tentativa de suicídio para atingir determinado objetivo ou por um motivo perverso, deve, a partir daquele momento inscrever-se como uma preocupação para todos os agentes, particularmente aqueles que trabalham em prisões de máxima segurança. Importa realçar que muitos profissionais do

contexto prisional acreditam que alguns reclusos tentam controlar ou manipular o sistema prisional através de comportamentos autodestrutivos. Assim, tendem a não tomar o gesto suicida como sério, o que por vezes corresponde à realidade, nomeadamente em reclusos com historial de violação e infração de regras (OMS, 2007). Contudo, a OMS alerta para o facto de que uma tentativa de suicídio, independentemente das suas motivações, pode resultar em morte, mesmo que essa não seja a intenção inicial. Dado o limitado número de métodos a que têm acesso, os reclusos podem optar por um método letal, como o enforcamento (Lohner & Konrad, 2006) mesmo na ausência do “real” desejo de morrer, ou porventura por não saberem o risco de perigosidade daquele método.

Em contexto prisional, a ideação suicida ocorre geralmente nos primeiros seis meses, estando altamente associada a problemas psicológicos como depressão, ansiedade e psicose, que se manifestam no tempo que o recluso passa na prisão (Moreira & Gonçalves, 2010). Em reclusos com ideação suicida, os problemas do foro psicológico surgem como uma disposição de carácter. Nos reclusos sem ideação suicida, o seu aparecimento neste contexto revela um carácter reativo, diminuindo após os seis meses iniciais (Moreira & Gonçalves, 2010). O comportamento para-suicida também se manifesta em larga escala neste contexto, com a agravante de se tratar de um meio onde existe uma maior dificuldade em sair ileso deste ato, dadas as circunstâncias em que os indivíduos se encontram. O grau de adversidade implicado na história dos reclusos vai influenciar a probabilidade do seu envolvimento em comportamentos de risco para a saúde. A fragilidade aumenta quando existem durante a infância ou adolescência períodos de transições ou mudança associados a experiências adversas, que possam ter comprometido o equilíbrio necessário para um desenvolvimento saudável. Estes elementos do percurso desenvolvimental parecem ter um papel no desenvolvimento da ideação suicida e da passagem às tentativas.

A Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (DGSP, 2011a) tem realizado um grande esforço no sentido de aplicar programas de reabilitação/psicoeducativos. Os programas são sempre promovidos por profissionais internos dos Serviços Prisionais, normalmente por Técnicos Superiores de Reeducação ou, em casos excepcionais, por entidades com as quais a DGSP tenha acordo. Estes programas de intervenção estão dirigidos para determinadas problemáticas ou para grupos de reclusos específicos, tendo

em conta a mudança e potenciação de competências pessoais e sociais que parecem estar em falta ou comprometidas.

Todos os programas desenvolvidos neste contexto devem ir de encontro ao Plano Individual de Readaptação (PIR) que visa a orientação do técnico e do recluso na promoção das competências básicas para não voltar a reincidir criminalmente. Cada programa tem os seus objetivos específicos e um método de avaliação próprio. O Programa de Intervenção Técnico dirigido a agressores sexuais, é um programa de teor cognitivo-comportamental com uma durabilidade de trinta sessões para reclusos condenados a crimes sexuais. O Programa de Promoção de Competências Pessoais e Emocionais, Gerar Percursos Sociais (GPS) contém cinco módulos distintos com uma duração de quarenta e uma sessões. O Programa de Prevenção da Reincidência e da Recaída de teor preventivo e de contingência, tem por base a alteração cognitiva comportamental. Procura antecipar erros que ainda não sucederam e fazer o planeamento de ações futuras. O Programa Estrada Segura é dirigido a crimes como condução sem habilitação legal e/ou sob o efeito de álcool. É fulcral neste programa que o indivíduo o finalize com a adoção de um comportamento integrado e responsável.

Por último, o Programa Integrado de Prevenção do Suicídio tem a função de diminuir o risco e a vulnerabilidade de cometimento de suicídio no meio prisional. Tem por base duas listagens de alerta: a primeira deve ser preenchida pelos serviços de vigilância e a segunda pelos serviços técnicos. Após a entrada do recluso em qualquer prisão, o formulário deve ser preenchido com maior brevidade possível, porque diversos estudos (ex. Semedo Moreira, 1998; Costa Moreira, 2008) apontam que as tentativas de suicídio podem ser efetivadas nas primeiras horas de detenção. Cada recluso (preventivo, condenado ou transferido), deverá ser avaliado à entrada e sempre que ocorram mudanças de circunstâncias pessoais ou ambientais no seu percurso institucional. Esta avaliação inicial ajuda a definir o tipo de intervenção a prosseguir, contemplando desde o encaminhamento para avaliação psicológica até ao internamento caso se justifique.

No sistema prisional português foram adotadas algumas medidas preventivas, como por exemplo a realização de uma *Checklist (Intake Screening)*, que é preenchida o mais precocemente possível após o momento de entrada do recluso, para detetar eventuais sinais de alerta de risco de suicídio e subsequentemente encaminhar a situação para que os técnicos de saúde possam assegurar o adequado acompanhamento (DGSP,

2011a). Como já foi anteriormente referido, as primeiras horas na prisão são cruciais e, por isso, o período inicial de adaptação é de extrema relevância. É importante respeitar a individualidade, tendo em consideração que estamos perante diferentes indivíduos, com diferentes personalidades e capacidades de adaptação. Como Gonçalves (2008) refere, a adaptação é um processo precoce que tem como base a escola e a família na vida da criança, ou seja, a entrada no sistema escolar e as suas implicações (afastamento da sua família, integração num novo grupo) representam desafios que deverão ser superados para uma maior probabilidade de adaptação social. Caso não sejam ultrapassados poderão ter repercussões na vida futura, considerando este autor (Gonçalves, 2008, p. 159) que “uma inadaptção escolar pode transformar-se numa inadaptção social”. Na mesma linha, Farrington (1998) considera que o insucesso escolar e a indisciplina podem gerar fatores relacionados com a delinquência e inadaptção social.

A inadaptção global ao ambiente da prisão é um traço comum nos reclusos. Esta inadaptção revela-se ao nível das queixas relacionais, doenças psíquicas e/ou psicossomáticas, procura de isolamento, ataques de cólera, formas distorcidas de comunicação (automutilação) e no limite, o suicídio. Costa Santos (2006), atento a esta problemática do suicídio nas prisões, ressalva que o encarceramento constitui um fator de risco, sobretudo na fase inicial da reclusão, e a incidência dos suicídios nas instituições prisionais atinge, na maioria dos casos, níveis bastante significativos.

Capítulo IV – Estudo empírico

Metodologia

Objetivos e enquadramento metodológico

De um modo geral, o presente estudo pretende contribuir para uma compreensão mais aprofundada do suicídio, nomeadamente no contexto prisional. Ao definirmos como objeto de estudo as representações sociais do suicídio neste contexto, pretendemos efetuar uma aproximação ao que os reclusos pensam acerca desta questão, ou seja, como constroem significado sobre este fenómeno.

Esta investigação pretende alcançar quatro objetivos específicos:

1) Aceder às principais dimensões de significação, ou campos semânticos, que sustentam as representações do suicídio em contexto prisional, contribuindo assim para a investigação sociocultural do fenómeno.

2) Verificar as diferenças e semelhanças dos conteúdos representacionais em função do sexo.

3) Explorar em que medida as representações são modeladas pelo facto de os indivíduos já terem ou nunca terem pensado em cometer suicídio.

Em termos metodológicos foi realizada uma opção por “*procedimentos abertos ou exploratórios*” (Ghiglione & Matalon 1997, p. 210), que se adequam aos objetivos estabelecidos e se justificam por não termos conhecimento de estudos em Portugal acerca das representações do suicídio na população considerada. Assim, para além do enquadramento teórico das representações sociais, nenhum outro referencial teórico influenciou a recolha e a análise dos dados. Os dados deste estudo foram recolhidos de forma a obter o discurso espontâneo dos participantes. Para tal recorremos a questões abertas, opção recorrente no domínio das representações sociais (Doise, Clemence & Lorenzi-Cioldi, 1992) e à Técnica da Associação Livre – TAL, também muito utilizada neste domínio (Dany, Urdapilleta & Monaco, 2014; Nikolay et al., 2014).

Participantes

A amostra incluiu 280 participantes, com distribuição equitativa de sexos - 140 do sexo feminino e 140 do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos na amostra total (ver tabela 1). Na amostra de sexo masculino, a idade varia entre os 19 e 75 anos e no sexo feminino entre os 20 e 70 anos. Para a recolha da mesma utilizou-se o método de amostragem por conveniência, sendo que todos os participantes são reclusos da Prisão de Santa Cruz do Bispo, situada no Porto, região norte de Portugal.

Tabela 1 – *Caraterísticas dos participantes do estudo*

		Dimensões	N	%
Sexo		Feminino	140	50
		Masculino	140	50
Idade	18-35	Feminino	60	42,85
		Masculino	51	36,42
	36-50	Feminino	61	43,57
		Masculino	50	35,71
	51-65	Feminino	18	12,85
		Masculino	32	22,85

Pensaram em cometer suicídio	>65	Feminino	1	0,71
		Masculino	7	5
	Sim	Feminino	34	24,3
		Masculino	30	21,43
	Não	Feminino	103	73,6
		Masculino	108	77,14
	Não responderam	Feminino	3	2,14
		Masculino	2	1,42

Instrumentos

Inquérito: *Representações sociais do suicídio.*

Para a recolha de dados, foi utilizado um inquérito com perguntas abertas e fechadas (cf. Anexo I). As perguntas abertas pretendiam explorar e identificar os campos semânticos que estruturam os pensamentos, sentimentos e crenças em relação ao suicídio. As perguntas fechadas diziam respeito a variáveis sociodemográficas e à existência ou não de pensamentos anteriores sobre cometer suicídio.

Desta forma, como variáveis dependentes as dimensões representacionais obtidas (i.e. conjuntos de palavras às quais foi atribuído um significado e um sentido) para o conceito em análise, e como variáveis independentes o sexo e a presença (ou não) pensamentos anteriores sobre cometer suicídio.

Procedimentos

Procedimento de recolha de dados.

A realização do estudo foi aprovada pela direção do serviço prisional, após análise rigorosa de questões éticas.

Todos os questionários foram entregues a um guarda prisional de cada ala (feminina e masculina) que ficou responsável por fazer chegar os questionários aos reclusos e por devolver todos os questionários preenchidos.

O método de recolha utilizado foi a Técnica de Associação Livre. Este método é geralmente usado na análise das representações sociais, consiste em pedir aos participantes que produzam uma lista de palavras a seguir a um indutor. Esta técnica permite revelar as dimensões subliminares e propriedades estruturais e significantes do universo semântico do objeto estudado (Abric, 2003 como citado por Nikolay et al., 2014). Esta técnica está ainda associada à vantagem de reduzir em grande medida o viés

produzido pelo investigador no momento do tratamento dos dados (comparativamente com o que acontece com o uso das entrevistas), uma vez que os dados recolhidos são objeto de um pequeno número de reduções.

Cada indivíduo teve a oportunidade de revelar os seus pensamentos, ideias, crenças, bem como as emoções e sentimentos, relativamente ao suicídio, em palavras ou pequenas frases, para cada um dos três estímulos propostos, baseados no estudo Oliveira e Amaral (2007): “*O Suicídio faz-me pensar em..., O Suicídio faz-me sentir... e As pessoas que se suicidam...*”. Cada sujeito dispôs de tempo suficiente para ponderar e expressar de forma anónima, livre, espontânea e aberta, com privacidade para articular as suas respostas, o que pensa e sente (Elejabarrieta, 1993; Hair, 1992; cit. in Oliveira & Amaral, 2007).

Procedimento de análise dos dados.

As respostas recolhidas, através dos inquéritos, foram tratadas de acordo com as regras clássicas de redução para análise das associações livres (Giacomo, 1987). Todas as palavras, pequenas frases ou produções em texto livre associadas a cada um dos estímulos considerados foram reduzidas, sem efetuar qualquer análise de conteúdo. Todos os adjetivos e substantivos foram colocados no género masculino e na forma singular; os verbos no modo infinitivo; as expressões mais longas são substituídas por uma palavra código e os sinónimos são transformados na forma mais utilizada pelos participantes. Deste modo, constituíram-se listas de palavras ou dicionários para cada um dos três indutores usados.

Quanto ao método de análise, seguimos a sugestão de Vergès (1992 como citado por Nikolay et al., 2014) do recurso à combinação de dois critérios metodológicos para tratamento de respostas espontâneas, especificamente, à frequência com que uma palavra ou expressão é referida e à ordem em que a mesma é proferida. O método de Frequência-Posição tem em conta dois parâmetros: quantitativo (frequência) e qualitativo (posição). A combinação destes critérios tem como resultado uma tabela de quatro células que corresponde a zonas diferentes da representação social (tabela 2).

Tabela 2 – *Estrutura da Representação Social*

Posição de aparecimento de associação

Frequência	Baixo ($<$ posição média de aparecimento)	Alto (\geq posição média de aparecimento)
Alto (\geq média de frequência)	Sistema de Zona Central	Zona Potencial de Mudança
Baixo ($<$ média de frequência)	Zona Potencial de Mudança	Sistema Periférico

Como já foi apresentado na parte teórica, a estrutura da representação inclui a zona central e a zona periférica que revelam características e funções diferenciadas. A zona central, na qual as células contêm associações com altas frequências e baixa posição de aparecimento, corresponde às associações que os indivíduos dizem mais vezes e em primeiro lugar quando pensam no objeto de representação (Nikolay et al. 2014). Esta zona é formada pelos elementos que dão significado e organizam a representação, determinando o seu equilíbrio e estabilidade (Abric, 1993; Flament & Rouquette, 2003 como citado por Nikolay et al., 2014). A zona periférica, por seu lado, une elementos que funcionam como interface entre a zona central e a realidade e relaciona os elementos que estão ligados às experiências individuais do sujeito e à sua respetiva memória (Nikolay et al., 2014). Esta zona divide-se em duas partes: a zona potencial de mudança e o sistema periférico. O sistema periférico contém as associações com baixa frequência e com posição de aparecimento alta. Estas associações são partilhadas por uma minoria de indivíduos e não é a palavra que lhes surge em primeiro lugar quando pensam no objeto de representação (Nikolay et al., 2014). A zona de potencial mudança une duas células. A primeira célula contém associações com uma frequência baixa e uma baixa posição de aparecimento, o que significa que estas palavras são partilhadas por uma minoria de pessoas, mas surgem em primeiro lugar quando essas pessoas pensam no objeto de representação. A segunda célula contém associações com alta frequência e uma posição de aparecimento alta, ou seja, estas associações são partilhadas por uma vasta quantidade de indivíduos, mas não é a associação que é pensada em primeiro lugar (Nikolay et al., 2014). A zona potencial de mudança é de extrema relevância para este estudo, porque é a zona a partir da qual se podem desencadear alterações ou mudanças na zona central e mudar, assim, a

representação partilhada do fenómeno (Sa & Oliveira, 2002 como citado em Nikolay et al., 2014).

No presente estudo, este método permitiu revelar a estrutura das representações sociais do suicídio e a estrutura da representação social dos suicidas (Dany et al., 2014). No ponto seguinte apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos nesta investigação.

Resultados

Representações sociais do suicídio no contexto prisional: A amostra total

Estímulo 1 – “O suicídio faz-me pensar...”

Na amostra total, das respostas de 257 participantes (20 participantes do sexo masculino e 3 do sexo feminino não responderam) ao estímulo 1 resultaram 1597 palavras e retiveram-se 121 palavras distintas com uma frequência mínima de uma ocorrência (60 palavras no sexo masculino e 61 palavras no sexo feminino). No entanto, iremos apresentar apenas as 33 palavras, que revelam uma frequência igual ou superior à média da frequência do conjunto total de palavras (tabela 3).

Tabela 3 – Respostas ao estímulo 1 “O suicídio faz-me pensar...” amostra total

Posição (1,57)		
Frequência (8,76)	MorteMorrer (26; 1,27)	Frequência (8,76)
	ValorVida (9; 1,22)	
	Desespero (40; 1,45)	
	Loucura (13; 1,23)	
	Tristeza (11; 1,18)	
	NãoNuncaPensar (27; 1,07)	
	AtoInútilSemSentido (9; 1,11)	
	Cobardia (14; 1,21)	
	FamíliaImpedimento (11; 1,18)	
	AcabarSofrimentoPróprio (9; 1,22)	

PôrTermoVida (6; 1,17)	DesgasteCansaçoVida (5; 2,8)
Nada (7; 1)	Revolta (4; 1,75)
PensamentoPositivo (4; 1,5)	VidaSemSentidoObjetivo (4; 1,75)
NãoCometer (6; 1)	Depressão (8; 1,88)
PensamentoAlgoMau (6; 1,5)	Tristeza (8; 2,13)
Desistência (5; 1,2)	Sufrimento (7; 1,71)
Fraqueza (4; 1)	Negativismo (4; 2,5)
NãoEstarPsicBem (5; 1,4)	DesamorVida (5; 1,6)
FaltaCoragem (4; 1,5)	FaltaAmorApoioFamíliaAmigos (6; 1,67)
DoençaMental (4; 1,5)	AcabarSufrimentoOutro (4; 2,25)
	Abandono (5; 2)
	FaltaAmorPróprio (4; 2,5)
	Desemprego (5; 2,4)
Posição (1,57)	

Tendo em consideração estas 33 palavras, é possível verificar que as ideias de “desespero” (15,56%), “nãoonuncapensar” (10,51%) e “mortemorrer” (10,12%) são as mais frequentes. E quanto às que ocorrem em primeiro lugar, temos uma grande diversidade: “nada”, “nãocometer” e “fraqueza”.

Estímulo 2 – “O suicídio faz-me sentir...”

Na amostra total, das respostas de 254 participantes (20 participantes do sexo masculino e 6 do sexo feminino não responderam) ao estímulo 2 resultaram 1208 palavras e retiveram-se 117 palavras distintas com uma frequência mínima de uma ocorrência (42 palavras no sexo masculino e 75 palavras no sexo feminino). No entanto, iremos apresentar apenas as 20 palavras, que revelam uma frequência igual ou superior à média da frequência do conjunto total de palavras (tabela 4).

Tabela 4 – Respostas ao estímulo 2 “*O suicídio faz-me sentir...*” amostra total

Posição (1,36)	
Nada (23; 1)	Revolta (18; 1,39)
Mal (42; 1)	Desespero (14; 1,5)
Tristeza (42; 1,17)	
Pena (22; 1,05)	

Frequência (12,50)			Frequência (12,50)
	Impotência (12; 1,08)	AtoInútilSemSentido	
	Medo (10; 1,3)	(6; 1,5)	
	Cobardia (4; 1)	Fraqueza (4; 1,75)	
	NãoNuncaPensar (12; 1,08)	NãoCometer (5; 1,8)	
	NãoAfetar (9; 1)	Cometer (4; 1,5)	
	NãoSaber (5; 1)	Choque (5; 1,80)	
		Mágoa (4; 1,75)	
		DesamorVida (4; 2)	
		DesgasteCansaçoVida	
		(5; 1,6)	
Posição (1,36)			

Tendo em consideração estas 20 palavras, é possível verificar que as ideias de “mal” (16,54%) e “tristeza” (16,54%) são as mais frequentes. E quanto às que ocorrem em primeiro lugar, temos uma grande diversidade: “nada”, “mal”, “cobardia”, “nãoafetar” e “nãosaber”.

Estímulo 3 – “As pessoas que se suicidam...”

Na amostra total, das respostas de 266 participantes (9 participantes do sexo masculino e 5 do sexo feminino não responderam) ao estímulo 3 resultaram 2143 palavras e retiveram-se 121 palavras distintas com uma frequência mínima de uma ocorrência (69 palavras no sexo masculino e 52 palavras no sexo feminino). No entanto, iremos apresentar apenas as 29 palavras, que revelam uma frequência igual ou superior à média da frequência do conjunto total de palavras (tabela 5).

Tabela 5 – Respostas ao estímulo 3 “As pessoas que se suicidam...” amostra total

Posição (1,60)			
Frequência (12,86)			Frequência (12,86)
	Cobardia (22; 1,45)	TerProblema (20; 1,65)	
	RazãoCometer (15; 1,07)		
	NãoEstarPsicBem (36; 1,28)		
	Desespero (45; 1,2)		
	DesgasteCansaçoVida		
	(14; 1,43)		
	FaltaSoluçãoSaída		
	(17; 1,59)		
	Fraqueza (17; 1,12)		
	DesamorVida (20; 1,4)		

Pena (8; 1,13)	Pressão (9; 2,22)
Doença (7; 1,29)	Causar Sofrimento Outro (6; 1,83)
Ato Irracional (9; 1,33)	Necessidade Ajuda Profissional (6; 1,67)
Erro (10; 1,1)	Incapacidade Lidar Problema (8; 2)
Morte Morrer (7; 1)	Falta Amor Próprio (9; 1,89)
Coragem (7; 1,29)	Acabar Sofrimento Próprio (10; 2,3)
Loucura (10; 1,2)	Falta Amor Apoio Família Amigos (7; 2,14)
Sofrimento (6; 1,5)	Família Motivo (8; 2; 75)
	Solidão (12; 1,83)
	Depressão (8; 2)
	Incapacidade Lidar Problema (12; 2)
	Egoísmo (8; 1,75)
Posição (1,60)	

Tendo em consideração estas 29 palavras, é possível verificar que as ideias de “desespero” (16,92%) e “não estar psic bem” (13,53%) são as mais frequentes. E quanto às que ocorrem em primeiro lugar, temos uma grande diversidade: “morte morrer”.

Representações sociais do suicídio no contexto prisional: Sexo masculino vs. sexo feminino

Estímulo 1 – “O suicídio faz-me pensar...”

No sexo masculino, das respostas de 120 participantes (20 participantes não responderam) ao estímulo 1 resultaram 701 palavras e retiveram-se 60 palavras distintas com uma frequência mínima de uma ocorrência. No entanto, iremos apresentar e analisar apenas 22. Esta opção resulta da perceção de que se verifica uma grande dispersão nas palavras usadas pelos participantes (i.e. 60 palavras distintas usadas pelos 120 sujeitos), mas também porque 75% dos sujeitos das amostras (90 sujeitos) utilizam pelo menos uma vez uma destas 22 palavras. Ou seja, apesar de se ter optado por analisar uma parte reduzida do universo lexical utilizado pelos participantes, esta acaba por ser representativa.

Tabela 6 – Respostas ao estímulo 1 “O suicídio faz-me pensar...” no sexo masculino

Posição (1,26)			
Frequência (4,95)	MorteMorrer (13;1,15)		
	Desespero (6;1)		
	Nada (5;1)		
	NãoNuncaPensar (13;1)	PensamentoAlgoMau (6;1,50)	
	AtoInútilSemSentido (6;1,17)		
	Cobardia (6;1,17)		
	FamíliaImpedimento (8;1,25)		
		PôrTermoVida (3;1,33)	
		PensamentoPositivo (4;1,50)	
		FaltaSoluçãoSaída (3;1,67)	
		NãoAfetar (3;1,33)	
		Horrrível (3;1,33)	
		FaltaAmorApoioFamíliaAmigos (4;1,75)	
		AcabarSofrimentoPróprio (3;1,33)	
		AcabarSofrimentoOutro (3;2,33)	
	Loucura (4;1)		
	Tristeza (3;1)		
	NãoCometer (3;1)		
	Sofrimento (3;1)		
	Negativismo (3;1)		
	Fraqueza (4;1)		
Frequência (4,95)			

Posição (1,26)

Tendo em consideração estas 22 palavras, é possível verificar que as ideias de “mortemorrer” (10,83%) e “não nuncapensar” (10,83%) são as mais frequentes. E quanto às que ocorrem em primeiro lugar, temos uma grande diversidade: “desespero”, “nada”; “não nuncapensar”, “loucura”, “tristeza”, “não cometer”, “sofrimento”, “negativismo” e “fraqueza”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. desespero, tristeza, sofrimento), sentimentos de indiferença (e.g. nada, não nunca afetar, não/nunca pensar), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. morte e morrer, pôr termo à vida, falta de solução/saída, acabar sofrimento próprio e do outro, não cometer), causas internas/externas do suicídio (e.g. pensamento positivo, falta de apoio e amor por parte da família e amigos, a família ser um impedimento, loucura) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. ato inútil sem sentido, cobardia, fraqueza, horrrível, negativismo, pensamento algo mau).

Relativamente ao sexo feminino, das 137 participantes (3 não responderam) que responderam ao estímulo 1, resultaram 896 palavras. Destas retiveram-se 61 palavras

com a frequência mínima de uma ocorrência. Apresentamos as 17 palavras que foram mencionadas pelo menos uma vez por 76% da amostra (104 participantes).

Tabela 7 – Respostas ao estímulo 1 “*O suicídio faz-me pensar...*” no sexo feminino

Posição (1,61)			
<p>NãoNuncaPensar (14; 1,14) Desespero (34; 1,53) Loucura (9; 1,33) MorteMorrer (13; 1,38)</p>			
Frequência (8,18)			Frequência (8,18)
	NãoEstarPsicBem (5; 1,4)	Sufrimento (4; 2,25)	
	Tristeza (8; 1,25)	FaltaAmorPróprio (4; 2,5)	
	AcabarSufrimentoPróprio (6; 1,17)	FaltaSoluçãoSaída (5; 2,4)	
	ValorVida (7; 1,29)	Depressão (6; 2)	
	Desistência (4; 1,25)	Abandono (4; 2,25)	
	FaltaCoragem (4; 1,5)		
	DoençaMental (4; 1,5)		
	Cobardia (8; 1,25)		
Posição (1,61)			

Verificou-se que das 17 palavras, as que são mais mencionadas pelas reclusas são “Nãonunca pensar” (10,22%), “Desespero” (24,82%) e “MorteMorrer” (9,49%) e as que são ditas em primeiro lugar: “Nãonunca pensar” e “AcabarSufrimentoPróprio”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. sofrimento, não estar psicologicamente bem, tristeza, desespero), sentimentos de indiferença (e.g. não/nunca pensar), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. morte e morrer, acabar com o sofrimento próprio, falta de amor próprio, falta de solução/saída, abandono), causas internas/externas do suicídio (e.g. loucura, depressão, valor à vida, doença mental) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia, desistência, falta de coragem).

Estímulo 2 – “O suicídio faz-me sentir...”

Considerando o estímulo 2, relativamente ao sexo masculino, dos 120 participantes que responderam resultaram 501 palavras e retiveram-se 42 palavras distintas com a frequência mínima de uma ocorrência. São apresentadas as 10 palavras

que foram referidas pelo menos uma vez por 81% dos sujeitos da amostra (97 participantes).

Tabela 8 – Respostas ao estímulo 2 “*O suicídio faz-me sentir...*” no sexo masculino

Posição (1,16)			
Frequência (10,7)	Nada (11; 1)	Revolta (13; 1,31)	Frequência (10,7)
	Mal (17; 1)	Tristeza (24; 1,25)	
	Pena (14; 1)		
	Impotência (4; 1)	Desespero (6; 1,17)	
	NãoNuncaPensar (8; 1,13)	Mágoa (4; 1,75)	
	NãoAfetar (6; 1)		
Posição (1,16)			

Após a análise das 10 palavras mais frequentes do estímulo 2 verificou-se que as que têm uma maior incidência são a “tristeza” (20%), “mal” (14,17%), “pena” (11,67%), e “revolta” (10,83%) e as que são ditas em primeiro lugar: “nada”, “mal”, “pena”, “impotência” e “nãoafetar”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. desespero, mal, tristeza, impotência, pena, mágoa e revolta), sentimentos de indiferença (e.g. nada, não/nunca pensar, não/nunca afetar).

No sexo feminino, as 134 reclusas que responderam ao estímulo 2 referiram 707 palavras, das quais foram absorvidas 75 palavras com uma frequência mínima de uma ocorrência. As 21 palavras apresentadas foram pelo menos uma vez referidas por 81% da amostra (109 participantes).

Tabela 9 – Respostas ao estímulo 2 “*O suicídio faz-me sentir...*” no sexo feminino

Posição (1,55)	
Mal (25; 1)	Desespero (8;1,75)
Impotência (8; 1,13)	
Pena (8; 1,13)	
Tristeza (18; 1,06)	
Medo (7; 1,14)	
Nada (12; 1)	

Frequência (6,43)	NãoSaber (4; 1) Cobardia (3; 1) Nervoso (3; 1) NãoAfetar (3; 1) NãoNuncaPensar (4; 1)	Injustiça (3; 3) NãoQuererPensar (3; 2,67) Choque (3; 2,33) Pensativo (3; 233) NãoCometer (4;1,75) AtoInútilSemSentido (3;2) DesgasteCansaçoVida (5;1,6) DesamorVida (3;2) Revolta (5;1,6)	Frequência (6,43)
Posição (1,55)			

Das 21 palavras analisadas, constatou-se que as palavras com um maior número de respostas são a “mal” (18,66%), “tristeza” (13,43%) e “nada” (8,96%) e as que são ditas em primeiro lugar: “mal”, “nada”, “nãosaber”, “cobardia”, “nervoso”, “nãoafetar” e “nãouncapensar”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. mal, impotência, nervoso, tristeza, pena, injustiça, desespero, revolta, choque), sentimentos de indiferença (e.g. não/nunca afetar, nada, não/nunca pensar, não querer pensar), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. ato inútil sem sentido, não saber, desgaste e cansaço da vida, desamor à vida e pensativo), causas internas/externas do suicídio (e.g. medo) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. não cometer, cobardia).

Estímulo 3 – “As pessoas que se suicidam...”

Das respostas ao estímulo 3 dos 131 participantes do sexo masculino resultaram 992 palavras e retiveram-se 69 palavras distintas. São apresentadas as 19 palavras que foram referidas pelo menos uma vez por 87% da amostra (113 participantes).

Tabela 10 – Respostas ao estímulo 3 “*As pessoas que se suicidam...*” no sexo masculino

Posição (1,44)

Frequência (8,58)	RazãoCometer (10; 1)	Cobardia (14; 1,64)	Frequência (8,58)
	NãoEstarPsicBem (14; 1,21)	TerProblema (17; 1,53)	
	Desespero (19; 1,26)		
	Erro (9; 1,11)		
		Pressão (8; 1,88)	
	Pena (8; 1,13)	NecessidadeAjudaProfissional (4; 1,5)	
	AtoIrracional (5; 1,4)	IncapacidadeLidarProblema (8; 2)	
	DesgasteCansaçoVida (6; 1)	AtoInútilSemSentido (5; 1,8)	
	Loucura (8; 1,25)	Coragem (4; 1,5)	
	Fraqueza (7; 1,14)	FaltarAmorApoioFamíliaAmigos (4; 2)	
	DesamorVida (7; 1,29)	Solidão (6; 1, 67)	
Posição (1,44)			

Tendo em consideração as 19 palavras mais frequentes, é possível verificar que o suicídio reside, sobretudo, nas ideias de “desespero” (14,5%), “terproblema” (12,98%), “cobardia” (10,69%) e “nãoestarp sicbem” (10,69%) e as que são ditas em primeiro lugar: “razãocometer” e “desgastecansaço vida”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. pressão, pena, não estar psicologicamente bem, desespero, solidão), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. razão de cometer, incapacidade de lidar com o problema, erro, ato irracional, ato inútil sem sentido, desgaste e cansaço da vida, coragem), causas internas/externas do suicídio (e.g. necessidade de ajuda profissional, ter um problema, loucura, fraqueza, desamor à vida, falta de amor e apoio da família e amigos) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia).

Por último, no sexo feminino, para as 135 reclusas que responderam ao estímulo 3 resultaram 1151 palavras. Deste total retiveram-se 52 palavras distintas. As 19 palavras apresentadas foram referidas pelo menos uma vez por 91% da amostra (117 participantes).

Tabela 11 – Respostas ao estímulo 3 “*As pessoas que se suicidam...*” no sexo feminino

Posição (1,60)

	Desespero (26; 1,15)	IncapacidadeLidarProblema
	DesamorVida (13; 1; 46)	(12; 2)
	NãoEstarPsicBem	FaltaSoluçãoSaída (13;1,62)
	(22;1,32)	
	Fraqueza (10;1,1)	
Frequência		Frequência(9,26)
(9,26)	RazãoCometer (5; 1,2)	AcabarSofrimentoPróprio (9;
	Doença (6; 1,33)	2,33)
	Cobardia (8; 1,13)	DesgasteCansaçoVida (8;
	AtoIrracional (4;1,25)	1,75)
	MorteMorrer (4;1)	Sofrimento (4;1,75)
		FaltaAmorPróprio (6; 1,83)
		Depressão (6; 2)
		FamíliaMotivo (6; 2,33)
		Egoísmo (8; 1,75)
		Solidão (6; 2)
	Posição (1,60)	

Verificou-se que nas 19 palavras mais frequentes, as que são mais mencionadas pelas reclusas são “desespero” (19,26%) e “nãoestarp psicbem” (16,30%). E a palavra dita em primeiro lugar é “mortemorrer”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. não estar psicologicamente bem, desespero, fraqueza, egoísmo, solidão), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. falta de amor próprio, razão de cometer, acabar sofrimento próprio, falta de solução/saída, incapacidade de lidar com o problema, desgaste e cansaço da vida, morte e morrer e ato irracional), causas internas/externas do suicídio (e.g. doença, depressão, desamor à vida, família motivo) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia).

Representações sociais do suicídio no contexto prisional: Reclusos que já pensaram em cometer suicídio (masculino vs. feminino) vs. reclusos que nunca pensaram em cometer suicídio (masculino vs. feminino)

Estímulo 1 – “O suicídio faz-me pensar...”

Tabela 12 - *Já pensou em cometer suicídio* –no sexo masculino

Posição (1,24)

	MorteMorrer (5;1,2)	PôrTermoVida (2;1,5)	
	FamíliaImpedimento (5;1,2)	AcabarSofrimentoPróprio (3;1,33)	
		AcabarSofrimentoOutro (3;2,33)	
Frequência (1,87)			Frequência (1,87)
	Nada (1;1)		
	Loucura (1;1)		
	Tristeza (1;1)		
	NãoNuncaPensar (1;1)		
	FaltaSoluçãoSaída (1;1)	FaltaAmorApoioFamíliaAmigos (1;2)	
	Sofrimento (1;1)		
	Cobardia (1;1)		
	NãoAfetar (1;1)		
	Fraqueza (1;1)		
Posição (1,24)			

No sexo masculino, verificou-se que dos 120 reclusos que responderam ao estímulo 1, 30 já pensaram em cometer suicídio, correspondente a 25% da amostra.

Tendo em consideração as 15 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “mortemorrer” (16,67%), “famíliaimpedimento” (16,67%), “acabarsofrimentopróprio” como “acabarsofrimentooutro” (10%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “nada”, “loucura”, “tristeza”, “nãouncapensar”, “faltasoluçãosaída”, “sofrimento”, “cobardia”, “nãoafetar” e “fraqueza”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. tristeza, sofrimento), sentimentos de indiferença (e.g. nada, não/nunca afetar, não/nunca pensar), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. morte e morrer, pôr termo à vida, falta de solução/saída, acabar sofrimento próprio e do outro), causas internas/externas do suicídio (e.g. falta de apoio e amor por parte da família e amigos, a família ser um impedimento, loucura) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia, fraqueza).

Tabela 13 - *Nunca pensou em cometer suicídio*-no sexo masculino

Posição (1,22)

	MorteMorrer (8;1,13)		
	Desespero (6;1)		
	NãoNuncaPensar (12;1)	PensamentoAlgoMau (6;1,5)	
	AtoInútilSemSentido (6;1,17)		
	Cobardia (5;1,2)		
Frequência (4,05)	PôrTermoVida (1;1)	PensamentoPositivo (4;1,5)	Frequência (4,05)
	Nada (4;1)	FaltaSoluçãoSaída (2;2)	
	Loucura (3;1)	NãoAfetar (2;1,5)	
	Tristeza (2;1)	FamíliaImpedimento (3;1,33)	
	NãoCometer (3;1)	Horrível (3;1,33)	
	Sofrimento (2;1)	FaltaAmorApoioFamíliaAmigos (3;1,67)	
	Negativismo (3;1)		
	Fraqueza (3;1)		

Posição (1,22)

No sexo masculino, verificou-se que dos 120 reclusos que responderam ao estímulo 1, 90 reclusos nunca pensaram em cometer, correspondendo a 75% da amostra.

Tendo em consideração as 20 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “não/nunca pensar” (13,33%) e “morte/morrer” (8,89%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “desespero”, “não/nunca pensar”, “pôr termo à vida”, “nada”, “loucura”, “tristeza”, “não cometer”, “sofrimento”, “negativismo” e “fraqueza”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. tristeza, sofrimento, horrível), sentimentos de indiferença (e.g. nada, não/nunca afetar, não/nunca pensar), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. morte e morrer, pôr termo à vida, falta de solução/saída, pensamento algo mau, não cometer, ato inútil sem sentido), causas internas/externas do suicídio (e.g. falta de apoio e amor por parte da família e amigos, a família ser um impedimento, loucura, desespero) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia, fraqueza, pensamento positivo, negativismo).

Tabela 14 - Já pensou em cometer suicídio –no sexo feminino

Posição (1,47)

Frequência (2,33)	MorteMorrer (3;1,33)		Frequência (2,33)
	Tristeza (5;1,4)	Sufrimento (3;2)	
	AcabarSufrimentoPróprio (4;1,25)	Desespero (5;1,6)	
	Loucura (1;1)		
	NãoEstarPsicBem (2;1)		
	Depressão (1;1)	FaltaSoluçãoSaída (1;4)	
	ValorVida (1;1)		
	Desistência (1;1)		
	Cobardia (1;1)		
Posição (1,47)			

No sexo feminino, verificou-se que das 136 reclusas que responderam ao estímulo 1, 33 já pensaram em cometer suicídio, correspondente a 25% da amostra.

Tendo em consideração as 12 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “desespero” (15,15%), “tristeza” (15,15%) e “acabarsofrimentopróprio” (12,12%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “loucura”, “nãoestarp psicbem”, “depressão”, “valorvida”, “desistência” e “cobardia”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. tristeza, sofrimento, não estar psicologicamente bem), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. morte e morrer, falta de solução/saída, acabar sofrimento próprio), causas internas/externas do suicídio (e.g. loucura, depressão, desespero) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia, valor à vida, desistência).

Tabela 15 - *Nunca pensou em cometer suicídio –no sexo feminino*

Posição (1,65)			
Frequência (6,53)	NãoPensar (14;1,14)		Frequência (6,53)
	Desespero (29;1,52)		
	Loucura (8;1,38)		
	MorteMorrer (10;1,4)		
	Cobardia (7;1,29)		
		Sufrimento (1;3)	
		NãoEstarPsicBem (3;1,67)	
		FaltaAmorPróprio (4;2,5)	
	Tristeza (3;1)	FaltaSoluçãoSaída (4;2)	
	AcabarSufrimentoPróprio (2;1)	Depressão (5;2,2)	
		Abandono (4;2,25)	
		ValorVida (6;1,33)	
		Desistência (3;1,33)	
		FaltaCoragem (4;1,5)	

Posição (1,65)

No sexo feminino, verificou-se que das 136 reclusas que responderam ao estímulo 1, 103 reclusos nunca pensaram em cometer, correspondendo a 75% da amostra.

Tendo em consideração as 17 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “desespero” (28,16%) e “nãouncapensar” (13,59%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “tristeza” e “acabarsofrimentopróprio”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. tristeza, sofrimento, não estar psicologicamente bem, falta de amor próprio), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. morte e morrer, falta de solução/saída, acabar sofrimento próprio, falta de coragem), causas internas/externas do suicídio (e.g. loucura, depressão, doença mental, abandono) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia, valor à vida, desistência).

Estímulo 2 – “O suicídio faz-me sentir...”

Tabela 16 - *Já pensou em cometer suicídio* –no sexo masculino

Posição (1,31)

Frequência (4,67)	Revolta (6;1,17)	Frequência (4,67)
	Mal (7;1)	
	Tristeza (9;1,22)	
	NãoAfetar (2;1)	
	Desespero (2;1)	Mágoa (2;2,5)

Posição (1,31)

No sexo masculino, verificou-se que dos 120 reclusos que responderam ao estímulo 2, 30 já pensaram em cometer suicídio, correspondente a 25% da amostra.

Tendo em consideração as 6 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “tristeza” (30%), “mal” (23,33%) e “revolta” (20%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “nãoafetar” e “desespero”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. tristeza, revolta, mal), sentimentos de indiferença (e.g. não/nunca afetar) e causas internas/externas do suicídio (e.g. mágoa, desespero).

Tabela 17 - *Nunca pensou em cometer suicídio* –no sexo masculino

Posição (1,11)			
Frequência (7,9)			Frequência (7,9)
Nada (11;1)		Tristeza (15;1,27)	
Mal (10;1)		NãoNuncaPensar (8;1,13)	
Pena (14;1)			
	Impotência (4;1)		
	NãoAfetar (4;1)	Desespero (4;1,5)	
	Mágoa (2;1)	Revolta (7;1,43)	
Posição (1,11)			

No sexo masculino, verificou-se que dos 120 reclusos que responderam ao estímulo 2, 90 reclusos nunca pensaram em cometer, correspondendo a 75% da amostra.

Tendo em consideração as 10 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “tristeza” (16,67%) e “pena” (15,56%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “nada”, “mal”, “pena”, “impotência”, “nãoafetar” e “mágoa”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. tristeza, revolta, mal), sentimentos de indiferença (e.g. nada, não/nunca afetar, não/nunca pensar), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. impotência) e causas internas/externas do suicídio (e.g. pena, mágoa, desespero).

Tabela 18 - *Já pensou em cometer suicídio* –no sexo feminino

Posição (1,77)			
----------------	--	--	--

Frequência (2,5)	Mal (6;1) Impotência (3;1) Tristeza (5;1) Medo (4;1,25)	Injustiça (3;3)	Frequência (2,5)
	NãoSaber (1;1) Cobardia (1;1) Pena (2;1,5) Desespero (2;1,5)	DesgasteCansaçoVida (1;3) NãoQuererPensar (1;4) Revolta (1;2)	
Posição (1,77)			

No sexo feminino, verificou-se que das 133 reclusas que responderam ao estímulo 2, 33 já pensaram em cometer suicídio, correspondente a 25% da amostra.

Tendo em consideração as 12 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “mal” (18,18%) e “tristeza” (15,15%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “mal”, “impotência”, “tristeza”, “nãosaber” e “cobardia”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. tristeza, mal, revolta), sentimentos de indiferença (e.g. não querer pensar, não saber), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. impotência, pena, injustiça), causas internas/externas do suicídio (e.g. desgaste e cansaço da vida, medo, desespero) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia).

Tabela 19 - *Nunca pensou em cometer suicídio* –no sexo feminino

Posição (1,41)			
Frequência (5,20)	Mal (19;1) Pena (6;1) Tristeza (13;1,08) Nada (11;1)	Desespero (6;1,83)	Frequência (5,20)

NãoSaber (3;1)	NãoCometer (4;1,75)
Cobardia (2;1)	AtoInútilSemSentido (3;2)
Impotência (5;1,2)	DesamorVida (3;2)
Nervoso (3;1)	Revolta (4;1,5)
DesgasteCansaçoVida (4;1,25)	NãoQuererPensar (2;2)
Medo (3;1)NãoAfetar (3;1)	Choque (3; 2,33)
NãoNuncaPensar (4;1)	Pensativo (3; 2,33)
Posição (1,41)	

No sexo feminino, verificou-se que das 133 reclusas que responderam ao estímulo 2, 100 reclusas nunca pensaram em cometer, correspondendo a 75% da amostra.

Tendo em consideração as 20 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “mal” (19%) e “tristeza” (13%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “mal”, “pena”, “nada”, “nãosaber”, “cobardia”, “nervoso”, “medo”, “nãoafetar” e “nãouncapensar”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. tristeza, mal, nervoso, revolta, choque), sentimentos de indiferença (e.g. nada, não querer pensar, não/nunca pensar, não saber), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. não cometer, ato inútil sem sentido, pensativo), causas internas/externas do suicídio (e.g. impotência, pena, desgaste e cansaço da vida, medo, desamor à vida, desespero) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia).

Estímulo 3 – “As pessoas que se suicidam...”

Tabela 20 - *Já pensou em cometer suicídio* –no sexo masculino

Posição (1,34)			
Frequência (2,07)	Cobardia (4;1)	AtoIrracional (4;1,5)	Frequência (2,07)
	Desespero (3;1,33)		
	Erro (3;1)		
	TerProblema (5;1,2)		

Pena (1;1)	
NãoEstarPsicBem (1;1)	
NecessidadeAjudaProfissional (1;1)	Pressão (2;2)
AtoInútilSemSentido (1;1)	IncapacidadeLidarProblema (1;3)
DesgasteCansaçoVida (2;1)	
Fraqueza (1;1)	
DesamorVida (1;1)	
Solidão (1;2)	
Posição (1,34)	

No sexo masculino, verificou-se que dos 131 reclusos que responderam ao estímulo 3, 29 já pensaram em cometer suicídio, correspondente a 22,14% da amostra.

Tendo em consideração as 15 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “terproblema” (17,24%), “cobardia” (13,79%) e “atoirracional” (13,79%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “cobardia”, “erro”, “pena”, “nãoestarpicbem”, “necessidadeajudaprofissional”, “ato inútil sem sentido”, “desgastecansaço vida”, “fraqueza”, “desamorvida” e “solidão”,

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. não estar psicologicamente bem, desespero), sentimentos de indiferença (e.g.), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. ato irracional, incapacidade de lidar com o problema, ter problema, ato inútil sem sentido, erro, desgaste e cansaço da vida), causas internas/externas do suicídio (e.g. pressão, pena, necessidade de ajuda profissional, desamor à vida, solidão) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia, fraqueza).

Tabela 21 - *Nunca pensou em cometer suicídio –no sexo masculino*

Posição (1,45)			
Frequência (6,95)	RazãoCometer (10;1)		Frequência (6,95)
	Pena (7;1,14)	Cobardia (10;1,9)	
	NãoEstarPsicBem (13;1,23)	IncapacidadeLidarProblema (7;1,86)	
	Desespero (16;1,25)	TerProblema (12;1,67)	
	Loucura (8;1,25)		

Ato Irracional (1;1)	Pressão (6;1,83)
Erro (6;1,17)	Necessidade de Ajuda Profissional (3;1,67)
Desgaste Cansaço Vida (4;1)	Ato Inútil Sem Sentido (4;2)
Fraqueza (6;1,17)	Coragem (4;1,5)
Desamor Vida (6;1,33)	Faltar Amor Apoio Família Amigos (4;2)
	Solidão (5;1,6)
Posição (1,45)	

No sexo masculino, verificou-se que dos 131 reclusos que responderam ao estímulo 3, 102 reclusos nunca pensaram em cometer, correspondendo a 77,86% da amostra.

Tendo em consideração as 19 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “desespero” (15,69%), “não estar psic bem” (12,75%) e “ter problema” (11,76%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “razão cometer”, “ato irracional” e “desgaste cansaço vida”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. não estar psicologicamente bem), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. ato inútil sem sentido, razão cometer, ato irracional, erro, ter problema), causas internas/externas do suicídio (e.g. falta de apoio e amor por parte da família e amigos, loucura, pressão, pena, necessidade de ajuda profissional, incapacidade de lidar com o problema, desgaste e cansaço da vida, desamor à vida, solidão, desespero) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia, fraqueza, coragem).

Tabela 22 - *Já pensou em cometer suicídio* –no sexo feminino

Posição (1,28)			
Frequência (2,71)			Frequência (2,71)
Desespero (13;1)	Acabar Sofrimento Próprio (4;2,75)		
Desgaste Cansaço Vida (3;1)	Falta Solução Saída (4;1,75)		
Não Estar Psic Bem (4;1,25)	Depressão (3;1,67)		
	Ato Irracional (3;1,33)		

RazãoCometer (1;1)	
DesamorVida (1;1)	
Cobardia (1;1)	
FamíliaMotivo (1;1)	IncapacidadeLidarProblema
Fraqueza (1;1)	(2;1,5)
Egoísmo (1;1)	
Solidão (1;1)	
Sufrimento (2;1,5)	
MorteMorrer (1;1)	
Posição (1,28)	

No sexo feminino, verificou-se que das 133 reclusas que responderam ao estímulo 3, 34 já pensaram em cometer suicídio, correspondente a 25% da amostra.

Tendo em consideração as 17 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “desespero” (38,24%), “acabarsofrimentopróprio”, “nãoestarp psicbem” e “faltasoluçãosaída” (11,76%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “desespero”, “desgastecansaço vida”, “razão cometer”, “desamorvida”, “cobardia”, “famíliamotivo”, “fraqueza”, “egoísmo”, “solidão”, e “mortemorrer”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. sofrimento, não estar psicologicamente bem), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. morte e morrer, falta de solução/saída, acabar sofrimento próprio, razão cometer, ato irracional, família motivo), causas internas/externas do suicídio (e.g. desespero, incapacidade de lidar com o problema, desamor à vida, depressão, solidão, desgaste e cansaço da vida) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia, fraqueza, egoísmo).

Tabela 23 - *Nunca pensou em cometer suicídio*—no sexo feminino

Posição (1,68)		
Frequência (6,74)	Desespero (13;1,31)	Frequência (6,74)
	FaltaSoluçãoSaída (9;1,56)	
	NãoEstarPsicBem (18;1,34)	IncapacidadeLidarProblema (10;2,1)
	DesamorVida (11;1,55)	
	Fraqueza (9;1,11)	
	Cobardia (7;1,14)	

	Acabar Sofrimento Próprio (5;2)
Razão Cometer (4;1,25)	Desgaste Cansaço Vida (5;2,2)
Doença (6;1,33)	Falta Amor Próprio (6;1,83)
Ato Irracional (1;1)	Sufrimento (2;2)
Morte Morrer (3;1)	Depressão (3;2,33)
	Família Motivo (5;2,6)
	Egoísmo (6;2)
	Solidão (5;2,2)

Posição (1,68)

No sexo feminino, verificou-se que das 133 reclusas que responderam ao estímulo 3, 99 reclusas nunca pensaram em cometer, correspondendo a 75% da amostra.

Tendo em consideração as 19 palavras mais frequentes, é possível verificar que as palavras “não estar psic bem” (18,18%), “desespero” (13,13%), “desamor vida” (11,11%) e “incapacidade lidar problema” (10,10%) foram as palavras mais mencionadas e as que são ditas em primeiro lugar: “ato irracional” e “morte morrer”.

As palavras encontradas neste campo semântico remetem para sentimentos de mal-estar (e.g. sofrimento, não estar psicologicamente bem, falta de amor próprio), aspetos simbólicos associados a este comportamento (e.g. morte e morrer, falta de solução/saída, acabar sofrimento próprio, razão cometer, ato irracional, família motivo), causas internas/externas do suicídio (e.g. desespero, incapacidade de lidar com o problema, doença, desamor à vida, depressão, solidão, desgaste e cansaço da vida) e aspetos relacionados com as próprias atitudes do sujeito (e.g. cobardia, fraqueza, egoísmo).

Discussão dos Resultados

Na presente discussão iremos procurar responder às questões de investigação inicialmente definidas, que inevitavelmente irão gerar novas questões, de forma a contribuir para uma compreensão mais aprofundada do fenómeno do suicídio, especificamente no contexto prisional. Estas respostas resultam diretamente da perspectiva dos próprios atores sociais.

Representações sociais do suicídio no contexto prisional: sexo masculino vs. sexo feminino

Uma primeira abordagem mais geral dos resultados obtidos para cada um dos sexos através do método de frequência-posição parece sugerir uma estruturação dominante, partilhada por um número considerável de participantes de ambos os sexos, do suicídio como um ato de profundo desespero e tristeza, associado ao facto de o indivíduo não estar psicologicamente bem e resultando na vontade de morrer com consequente concretização do ato de suicídio. Paralelamente, é possível constatar que existe um outro conjunto de reclusos e reclusas aos quais o fenómeno não transmite qualquer tipo de pensamento (e.g. nada, nunca pensei sobre o assunto), associado a um sentimento de indiferença.

O escrutínio detalhado dos quadrantes resultantes para cada sexo nos três estímulos permitiu criar um conjunto de categorias aglutinadoras do conjunto de palavras: dimensão emocional, dimensão motivacional, dimensões características da personalidade, dimensão psicológica e psicopatológica, dimensão espiritual ou filosófica, dimensão moral, dimensão indiferença e dimensão de intencionalidade. Passamos a realizar uma análise comparativa entre os sexos.

Começando pelo sexo masculino, relativamente ao estímulo 1 *“O suicídio faz-me pensar...”*, é possível perceber que, na zona central (aquela que reúne as palavras que aparecem com mais frequência e com uma baixa posição de aparecimento), existem diferentes dimensões: motivacional (*“famíliaimpedimento”*, *“desespero”*), características da personalidade (*“cobardia”*), espiritual ou filosófica (*“mortemorrer”*), moral (*“atoinútilsemsentido”*) e por último, a indiferença (*“nada”* e *“nãouncapensar”*). É de salientar que apesar de as palavras *“mortemorrer”* e *“nãouncapensar”* serem as que aparecem com maior frequência, esta última está ainda associada a uma inferior posição de aparecimento. Na zona central, os pensamentos que os reclusos do sexo masculino referem como consensuais e estáveis são caracterizados pelo facto de não quererem pensar sobre o suicídio, o que pode remeter para uma forma de indiferença real ou para uma estratégia de evitamento ou mesmo evasão.

Já na zona periférica (palavras de baixa frequência e posição de aparecimento mais elevada) encontramos as seguintes dimensões: motivacional (*“faltaamorapoiofamíliaamigos”*, *“faltasoluçãosaída”*), espiritual ou filosófica (*“pensamentopositivo”*), moral (*“horrível”*), indiferença (*“nãoafetar”*) e intencionalidade

(“pôrtermovida”, “acabarsofrimentoopróprio”, “acabarsofrimentooutro”). Esta zona, ao contrário do que acontece com a central, é caracterizada pela sua sensibilidade a características do contexto. Podemos verificar a existência de um conjunto diversificado de palavras, no qual se encontram significados contraditórios como “pensamentopositivo” e “faltasoluçãosaída”. Esta ambivalência poderá indicar que os reclusos estando neste contexto prisional se sintam mais vulnerável, envolvido e propenso a uma introspeção que poderá resultar no desenvolvimento do pensamento suicida. Por outro lado, existe quem se mostre indiferente e apático ao tema.

No que concerne à zona potencial de mudança, é possível verificar que no sexo masculino a palavra “pensamentoalgomau” surge com elevada frequência e elevada posição de aparecimento. E por outro lado, as palavras “loucura”, “tristeza”, “nãoocometer”, “sofrimento”, “negativismo” e “fraqueza” revelam baixa frequência e baixa posição de aparecimento. É de salientar que a palavra “pensamentoalgomau” é remetida para um pensamento com uma dimensão moral. Enquanto as outras palavras descritas podem levar para várias dimensões: emocional onde podemos incluir as palavras “tristeza”, “sofrimento” e “negativismo”, motivacional que inclui a palavra “nãoocometer”, e por último, características da personalidade que inclui a palavra “fraqueza”; psicológica e psicopatológica que pode incluir a palavra “loucura” no seu sentido mais comum. Nesta zona da representação social de relevância extrema para a prevenção e intervenção do psicólogo neste fenómeno, a diversidade e conjugação de palavras parecem indicar que os reclusos “pensam” que o suicídio não deve ser considerado como uma hipótese e que existe uma elevada carga emocional associada ao fenómeno.

Já no sexo feminino, relativamente à zona central podemos verificar que as palavras remetem para 4 dimensões: motivacional (“desespero”), indiferença (“nãoounapensar”), psicológica e psicopatológica (“loucura”) e espiritual ou filosófica (“mortemorrer”). Dentro deste quadrante, a palavra “desespero” surge como dita com maior frequência e aparece na posição mais elevada, sendo que a palavra “nãoounapensar” que apesar de aparecer menos vezes tem a posição de aparecimento mais baixa. É possível compreender que no núcleo central da representação, as reclusas optam por não pensar no assunto, por evitamento ou por realmente não se interessarem. No entanto, quando abordado este tema, este é associado a um determinado momento da vida marcado por uma extrema aflição e angústia.

Na zona periférica, constatou-se apenas 3 dimensões: emocional (“sofrimento” e faltaamorpróprio”), psicológica e psicopatológica (“depressão”) e motivacional (“abandono” e “faltasoluçãosaída”). Nesta zona verificamos que as palavras “faltaamorpróprio”, “sofrimento” e “abandono” aparecem com menos frequência e numa posição de aparecimento mais elevada. Mas é a palavra “depressão” que tem a maior frequência e a menor posição de aparecimento. Isto indica que as reclusas podem nutrir por si própria uma falta de respeito, insegurança e baixa autoestima, deixando de se considerar importante, sentindo-se só e resultando num estado psicológico instável.

Relativamente à zona potencial de mudança, podemos abordar 4 dimensões: emocional (“tristeza”), psicológica e psicopatológica (“doença mental” e “nãoestarpsicbem”), características da personalidade (“desistência”, “cobardia” e “faltacoragem”), intencionalidade (“acabarsofrimentopróprio”) e espiritual ou filosófica (“valorvida”). Estas dimensões apresentam toda uma baixa frequência e baixa posição de aparecimento. Importa referir que o contrário não acontece, ou seja, não aparece nenhuma palavra com elevada frequência e elevada posição de aparecimento. O conjunto de palavras “nãoestarpsicbem”, “tristeza” e “doençamental”, parece indicar que as reclusas atribuem ao suicídio problemas do foro psicológico. Esta representação vem reforçar a ligação entre suicídio e depressão, frequentemente apontada na literatura. É relevante referir que as palavras “acabarsofrimentopróprio”, “desistência”, “cobardia” têm uma posição de aparecimento mais baixa, podendo indicar que estas palavras estão interligadas, ou seja, as reclusas associam o suicídio a um ato cobarde do indivíduo ao querer desistir e acabar com o seu próprio sofrimento.

No estímulo 2 “*O suicídio faz-me sentir...*”, no que diz respeito ao sexo masculino é possível verificar que são visíveis apenas 2 dimensões na zona central: indiferença (“nada”) e emocional (“mal” e “pena”). A palavra “mal” aparece como sendo dita com mais frequência e “nada” como menos, no entanto podemos verificar que ambas se encontram com o mesmo nível de posição de aparecimento. As palavras que estão inseridas na dimensão emocional estão relacionadas porque remetem ao envolvimento que os reclusos sentem em relação tema, ou seja, mostram sentimentos de misericórdia e negativismo.

Na zona periférica, constatou-se a presença da dimensão emocional “mágoa” e motivacional “desespero”. Apesar de ambas remeterem para emoções negativas, o “desespero” é recorrentemente apontado como a principal motivação para o suicídio.

Já na zona potencial de mudança, podemos verificar 3 dimensões: emocional (“tristeza” e “revolta”), indiferença (“nãouncapensar” e “nãoafetar”) e espiritual ou filosófica (“impotência”). Apesar de a palavra “tristeza” ser dita com mais frequência, são as palavras “impotência” e “nãoafetar” que surgem com menos posição de aparecimento. As palavras “tristeza” e “impotência” revelam que o recluso sente uma vulnerabilidade e incapacidade de ação perante o fenómeno.

Relativamente ao sexo feminino, na zona central verificamos 4 dimensões: emocional (“mal”, “pena” e “tristeza”), indiferença (“nada”), características da personalidade (“medo”) e espiritual ou filosófica (“impotência”). A palavra “mal” surge com mais frequência e com uma menor posição de aparecimento. Isto pode indicar que as reclusas associam o fenómeno a uma sensação de mal-estar generalizado, que poderá sugerir uma menor propensão para a concretização do ato.

Na zona periférica foi possível destacar 6 dimensões: emocional (“choque”, “revolta”), indiferença (“nãoquererpensar”), moral (“injustiça”, “ato inútil sem sentido”) e espiritual ou filosófica (“pensativo”), intencionalidade (“nãocometer”) e motivacional (“desgastecansaço vida”, “desamor vida”). A palavra “injustiça” aparece com menos frequência, mas com uma elevada posição de aparecimento. As reclusas sentem que o suicídio é um ato extremo que acaba com todos os valores e direitos que o indivíduo tem, demonstrando uma desvalorização à vida.

Na zona potencial de mudança constatou-se a existência de 4 dimensões: indiferença (“não saber”, “nãouncapensar”, “naoafetar”), características da personalidade (“cobardia”), emocional (“nervoso”) e motivacional (“desespero”). A palavra “desespero” surge com mais frequência e com alta posição de aparecimento. Todas as restantes revelam menor frequência, mais baixa posição de aparecimento. É notória uma tentativa de distanciamento face ao tema, que poderá ser reveladora de real indiferença, ou pelo contrário, de enorme inquietação emocional e necessidade de evitamento como forma de proteção.

Por último, no estímulo 3 “*As pessoas que se suicidam...*”, no sexo masculino é possível constatar que na zona central, existem a dimensão motivacional (“razão cometer”, “desespero”), psicológica ou psicopatológica (“nãoestarpsicbem”) e moral (“erro”). A palavra “desespero” aparece com mais frequência, no entanto é a palavra “razão cometer” que aparecer com menor posição de aparecimento. A associação destes dois elementos, recorrente no conjunto de dados obtidos,

parece indicar que os reclusos reconhecem no desespero uma das principais causas ou razões do ponto de vista emocional para o suicídio.

Na zona periférica, verificamos a dimensão motivacional (“pressão”, “falta de apoio de família/amigos”, “solidão”), psicológica ou psicopatológica (“necessidade de ajuda profissional”, “incapacidade de lidar com problema”), moral (“ato inútil sem sentido”) e características da personalidade (“coragem”). A palavra “falta de apoio de família/amigos” aparece com menos frequência, mas com alta posição de aparecimento e a palavra “incapacidade de lidar com problema” tem o mesmo valor de posição e mais frequência. Os reclusos parecem considerar que as pessoas que se suicidam se sentem sós e desamparadas em relação aos seus entes mais queridos e amigos mais próximos e simultaneamente são indivíduos com menor capacidade para enfrentar as questões problemáticas que surgem no seu dia-a-dia.

No que concerne à zona potencial de mudança temos as dimensões características da personalidade (“cobardia”, “fraqueza”), psicológica ou psicopatológica (“loucura”), motivacional (“desgaste cansaço/vida”, “desamor/vida”), moral (“ato irracional”), emocional (“pena”) e espiritual ou filosófico (“ter problema”). Destacando as palavras “desgaste cansaço/vida”, “cobardia” e “ter problema”, que apresentam ora a mais baixa posição de aparecimento, ora frequências mais elevadas, os reclusos parecem acreditar que a pessoa que se suicida sente, de uma maneira geral, uma falta de apego à vida resultante de percursos de vida exigentes. Num ato revelador de cobardia, perante o aparecimento de dificuldades, opta por se suicidar.

Relativamente ao sexo feminino, na zona central, existem dimensões como motivacional (“desespero”, “desamor/vida”), psicológica ou psicopatológicas (“não estar consigo”) e características da personalidade (“fraqueza”). Mais uma vez, as palavras “desespero” e “desamor/vida” estão em destaque na mente das reclusas. Poderá indicar que estas sentem que são causas e também consequências de um ato suicida, ou seja, a sensação de não existir mais nada nem ninguém que valorize o indivíduo faz com que o mesmo se desapegue de tudo que o rodeia.

Na zona periférica podemos verificar as dimensões como intencionalidade (“acabar sofrimento próprio”), motivacional (“desgaste cansaço/vida”, “família motivo”, “solidão”, “sofrimento”), psicológica ou psicopatológica (“depressão”), emocional (“falta de amor próprio”) e características da personalidade (“egoísmo”). Novamente, as palavras “desgaste cansaço/vida” e “solidão” fazem parte deste tema. O que faz supor

que as reclusas acreditam que os indivíduos que cometem suicídio se sentem completamente sozinhos e sem amparo, mas simultaneamente não valorizam a sua vida, a sua família e os amigos próximos. Esta ideia é ainda reforçada pela presença da palavra “egoísmo”.

Por último, na zona potencial de mudança verificamos dimensões como psicológica ou psicopatológica (“incapacidade lidar problema”), motivacional (“falta solução saída”, “razão cometer”, “doença”), características da personalidade (“cobardia”), moral (“ato irracional”) e espiritual ou filosófico (“morte morrer”). As reclusas parecem considerar que as pessoas que se suicidam entram numa dinâmica negativa entre a incapacidade de lidar com as dificuldades e a crença de que não encontram nenhuma forma de sair das mesmas que, ora por impulsividade não refletida ora por cobardia, optam por cometer o suicídio.

Representações sociais do suicídio no contexto prisional: já pensou em cometer suicídio (masculino vs. feminino) vs. Nunca pensou em cometer suicídio (masculino vs. feminino)

No Estímulo 1, “*O suicídio faz-me pensar em...*”, dos 30 participantes do sexo masculino que já pensaram em cometer suicídio, as palavras mais frequentes evidenciam o desejo de “morte/morrer”, não concretizado pelo facto de a “família impedimento”. Relativamente à posição, ou seja, as palavras que são sempre ditas em primeiro lugar, a dispersão é elevada. Relativamente à zona central, verificamos dimensões como a espiritual ou filosófica (“morte morrer”) e a motivacional (“família impedimento”). Já na zona periférica temos a dimensão motivacional (“falta amor apoio família amigos”). E por fim na zona potencial de mudança encontramos as dimensões: intencionalidade (“pôr termo vida”, “acabar sofrimento próprio”, “acabar sofrimento outro”), indiferença (“nada”, “não pensar”, “não afetar”), psicológica ou psicopatológica (“loucura”), características da personalidade (“cobardia”, “fraqueza”), motivacional (“sofrimento”) e emocional (“tristeza”).

Nos 90 participantes do sexo masculino que nunca pensaram em cometer suicídio, congruentemente surge a palavra “não pensar” como mais frequente, sendo a sua centralidade confirmada pelo primeiro lugar em termos de posição. No concerne à zona central verificamos dimensões: espiritual ou filosófica (“morte morrer”), motivacional (“desespero”), indiferença (“não pensar”), moral

(“ato inútil sem sentido”) e características da personalidade (“cobardia”). Na zona periférica verificamos as dimensões: espiritual ou filosófica (“pensamento positivo”), motivacional (“falta solução saída”, “família impedimento”, “falta amor apoio família amigos”), indiferença (“não afetar”) e moral (“horrível”). Por fim, na zona potencial de mudança verificamos as dimensões: moral (“pensamento ao mau”), intencionalidade (“pôr termo vida”, “não cometer”), indiferença (“nada”), psicológica ou psicopatológica (“loucura”), características da personalidade (“fraqueza”), motivacional (“sofrimento”) e emocional (“negativismo”, “tristeza”).

As 33 participantes do sexo feminino que já pensaram em cometer suicídio, associam este pensamento mais frequentemente a “tristeza” e “desespero”. No entanto, entre as palavras que, embora menos frequentes, quando são ditas surgem em primeiro lugar, destaca-se a dimensão psicológica, sendo “loucura”, “não estar psic bem” e “depressão”. As dimensões encontradas na zona central são: espiritual ou filosófica (“morte morrer”), emocional (“tristeza”) e intencionalidade (“acabar sofrimento próprio”). Na zona periférica a dimensão que se pode encontrar é a motivacional (“falta solução saída”). Em relação à zona potencial de mudança temos as dimensões: motivacional (“sofrimento”, “desespero”), espiritual ou filosófica (“valor vida”) e características da personalidade (“desistência”, “cobardia”).

As 103 participantes do sexo feminino que nunca pensaram em cometer suicídio, associam-no mais frequentemente a um ato “desespero”. Em termos posicionais, priorizam a dimensão emocional nas palavras “tristeza” e “acabar sofrimento próprio”. Relativamente à zona central verificamos as dimensões: indiferença (“não pensar”), motivacional (“desespero”), psicológica ou psicopatológica (“loucura”), espiritual ou filosófica (“morte morrer”) e características da personalidade (“cobardia”). Na zona periférica encontramos as dimensões: motivacional (“sofrimento”, “abandono”, “falta solução saída”), emocional (“falta amor próprio”), psicológica ou psicopatológica (“não estar psic bem”, “depressão”), espiritual ou filosófica (“valor vida”) e características da personalidade (“desistência”). Por fim, na zona potencial de mudança verificamos as dimensões: emocional (“tristeza”) e intencionalidade (“acabar sofrimento próprio”).

No Estímulo 2, “*O suicídio faz-me sentir...*”, dos 30 participantes do sexo masculino que já pensaram em cometer suicídio, as palavras mais frequentes evidenciam um sentimento de “tristeza” e de porventura de culpabilidade pelo pensamento operacionalizada na palavra “mal”. Este “mal”-estar sobressai ainda no

primeiro lugar ocupado. Na zona central podemos evidenciar a dimensão emocional (“revolta”, “mal”, “tristeza”), bem como na zona periférica através da palavra “mágoa”. Enquanto na zona potencial de mudança as dimensões são: indiferença (“nãoafetar”) e motivacional (“desespero”).

Nos 90 participantes do sexo masculino que nunca pensaram em cometer suicídio, sobressai a dimensão emocional através das palavras “tristeza” e “pena”, sendo que esta segunda surge, sempre que é dita, em primeiro lugar. Na zona central podemos indicar as dimensões: indiferença (“nada”) e emocional (“mal”). Já na zona periférica, as dimensões encontradas são motivacional (“desespero”) e novamente emocional (“revolta”). Na zona potencial de mudança encontramos as dimensões: indiferença (“nãouncapensar”, “nãoafetar”), espiritual ou filosófica (“impotência”) e emocional (“mágoa”).

Nas 33 participantes do sexo feminino que já pensaram em cometer suicídio, também sobressai o possível sentimento de culpa através da palavra “mal” e inerente a este o sentimento de “tristeza”. Este último sentimento ocupa também a posição prioritária. Na zona central as dimensões encontradas são: emocional (“mal”, “tristeza”), espiritual ou filosófica (“impotência”) e características da personalidade (“medo”). Na zona periférica verificamos as dimensões: motivacional (“desgastecansaçovida”), indiferença (“nãoquererpensar”) e emocional (“revolta”). Por último, na zona potencial de mudança encontramos as dimensões: espiritual ou filosófica (“injustiça”), indiferença (“nãosaber”), características da personalidade (“cobardia”), emocional (“pena”) e motivacional (“desespero”).

As 100 participantes do sexo feminino que nunca pensaram em cometer suicídio, sentem-se “mal” em relação ao fenómeno sendo a palavra mais frequentemente dita e sempre em primeiro lugar. Na zona central as dimensões encontradas são a emocional (“mal”, “pena”, “tristeza”) e indiferença (“nada”). Já na zona periférica são: intencionalidade (“nãocometer”), moral (“ato inútil sem sentido”), motivacional (“desamorvida”), emocional (“revolta”, “choque”), indiferença (“nãoquererpensar”) e espiritual ou filosófica (“pensativo”). E por fim na zona potencial de mudança verificamos as dimensões: motivacional (“desespero”, “desgastecansaçovida”), características da personalidade (“cobardia”, “medo”), emocional (“nervoso”), espiritual ou filosófica (“impotência”) e indiferença (“nãosaber”, “nãoafetar”, “nãouncapensar”).

Por último, no Estímulo 3 “*As pessoas que se suicidam...*” os 29 participantes do sexo masculino que já pensaram em cometer suicídio, consideram que as pessoas que se suicidam têm de “terproblema” ou, por outro lado, são “cobardia”. A segunda hipótese é reforçada por ser sempre associada em primeiro lugar. Na zona central, as dimensões são: características da personalidade (“cobardia”), motivacional (“desespero”), moral (“erro”) e espiritual ou filosófica (“terproblema”). Na zona periférica as dimensões encontradas são: motivacional (“pressão”) e psicológica ou psicopatológica (“incapacidade lidar problema”). Em relação à zona potencial de mudança as dimensões visualizadas são: moral (“ato irracional”, “ato inútil sem sentido”), emocional (“pena”), psicológica ou psicopatológica (“não estar psic bem”, “necessidade de ajuda profissional”), motivacional (“desgaste cansaço vida”, “solidão”, “desamor vida”) e características da personalidade (“fraqueza”).

Para os 102 participantes do sexo masculino que nunca pensaram em cometer suicídio, as pessoas que se suicidam devem estar em “desespero”, como sendo uma “razão cometer”, confirmada pelo primeiro lugar em termos de posição. Na zona central as dimensões verificadas são: emocional (“pena”), psicológica ou psicopatológica (“não estar psic bem”, “loucura”) e motivacional (“desespero”, “razão cometer”). Na zona periférica são: motivacional (“falta amor apoio família amigos”, “solidão”, “pressão”), psicológica ou psicopatológica (“necessidade de ajuda profissional”), moral (“ato inútil sem sentido”), características da personalidade (“coragem”). E na zona potencial de mudança verificamos as dimensões: moral (“ato irracional”, “erro”), motivacional (“desgaste cansaço vida”, “desamor vida”), características da personalidade (“fraqueza”, “cobardia”), psicológica ou psicopatológica (“incapacidade lidar problema”) e espiritual ou filosófico (“terproblema”).

As 34 participantes do sexo feminino que já pensaram em cometer suicídio, associam-no a um ato de “desespero”. Esta perspetiva é corroborada pelo facto de esta palavra ser sempre referida em primeiro lugar. Na zona central as dimensões encontradas são: motivacional (“desespero”, “desgaste cansaço vida”) e psicológica ou psicopatológica (“não estar psic bem”). Enquanto na zona periférica podemos somente encontrar a dimensão psicológica ou psicopatológica na palavra “incapacidade lidar problema”. Por fim, na zona potencial de mudança as dimensões são: intencionalidade (“acabar sofrimento próprio”), motivacional (“falta solução aí da”, “família motivo”, “solidão”, “sofrimento”, “desamor vida”, “razão cometer”), psicológica

ou psicopatológica (“depressão”), moral (“ato irracional”), características da personalidade (“cobardia”, “egoísmo”, fraqueza”) e espiritual ou filosófica (“morte morrer”).

As 99 participantes do sexo feminino que nunca pensaram em cometer suicídio, consideram mais frequentemente que quem o comete “não estar bem”. Em termos posicionais, no entanto, este ato é associado a “fraqueza”. Na zona central, as dimensões verificadas são: motivacional (“desespero”, “falta de solução”, “desamor”, “doença”), psicológica ou psicopatológica (“não estar bem”) e características da personalidade (“fraqueza”, “cobardia”). Na zona periférica as dimensões são: intencionalidade (“acabar com o sofrimento próprio”), motivacional (“desgaste”, “falta de amor próprio”, “sofrimento”, “família”, “solidão”), psicológica ou psicopatológica (“depressão”) e características da personalidade (“egoísmo”). Por fim, na zona potencial de mudança, as dimensões são: psicológica ou psicopatológica (“incapacidade de lidar com o problema”), motivacional (“razão”, “doença”), moral (“ato irracional”) e espiritual ou filosófica (“morte morrer”).

Conclusão

Os resultados encontrados neste estudo exploratório, pioneiro no nosso país quanto à aplicação desta metodologia a este fenómeno e neste contexto específico, permitiram encontrar significados comuns, bem como significados diferentes a estudos realizados noutros países (e.g., Nikolay, et al., 2014). Nomeadamente, as palavras “desespero, loucura, doença mental, problemas” estão recorrentemente presentes, mesmo em amostras e contextos diferenciados, salientando uma possível representação social do suicídio, amplamente partilhada, como um ato de desespero de alguém mentalmente perturbado e com problemas.

Quanto às especificidades do nosso estudo, quando pensam sobre o suicídio (estímulo 1) a amostra total de reclusos pensa em desespero, na vontade de morrer e em morte, mas preferencialmente procuram não pensar sobre o assunto. Os indivíduos do sexo masculino associam este fenómeno a loucura e fraqueza, enquanto os indivíduos do sexo feminino o “pensam” como uma forma de acabar com o sofrimento próprio. No que diz respeito à diferenciação entre os reclusos que já pensaram em cometer suicídio e os reclusos que nunca pensaram, de um modo geral, os primeiros associam-no a uma

forma de acabar com o sofrimento próprio, enquanto os segundos referem nunca ter pensado sobre o assunto.

Numa dimensão mais emocional da representação do suicídio (estímulo 2), sobressaem, de um modo geral, sentimentos de mal-estar e de tristeza. No sexo masculino, destacam-se mais especificamente sentimentos de pena e de impotência, enquanto no sexo feminino se evidencia a opção de não sentir nada. No que concerne aos reclusos que já pensaram em cometer suicídio, verificamos que estes indivíduos se sentem tristes e mal quando abordados este tema, sendo o sentimento de tristeza igualmente dominante nos reclusos que nunca pensaram em cometer suicídio.

Quanto à caracterização dos suicidas (estímulo 3), os reclusos referem sobretudo que as pessoas que se suicidam não estão psicologicamente bem e que estão desesperadas. No entanto, no sexo masculino existe ainda a opinião de que haverá razões para cometer o suicídio e uma delas será o desgaste e o cansaço resultantes do exigente estilo de vida atual. No sexo feminino salienta-se a opinião de que os suicidas revelam uma determinação para morrer. Os reclusos do sexo masculino que já pensaram em cometer suicídio consideram que as pessoas que se suicidam se sentem sem solução e desesperadas face à existência de um problema e por não estarem psicologicamente bem optam por esta saída para o fim do seu sofrimento. Para os reclusos que nunca pensaram em cometer suicídio, as pessoas que cometem suicídio não estão psicologicamente bem e sentem-se desesperadas.

O suicídio é cada vez mais, um tema que precisa de máxima atenção por parte de todos os indivíduos, nomeadamente da comunidade científica. É necessário que a sociedade esteja preparada para prevenir e combater esta questão problemática. A redução dos índices de suicídio e de tentativas de suicídio conta do conjunto de objetivos estabelecido pela Organização Mundial da Saúde no documento: "Saúde para todos no ano 2000" (OMS, 1992). Neste âmbito, as medidas preventivas devem ser implementadas a vários níveis com o objetivo de melhorar a assistência clínica ao indivíduo, que luta contra ideias suicidas ou ao indivíduo que necessite de atendimento médico por tentativa de suicídio.

Este estudo insere-se numa linha de investigação que tem procurado contribuir para uma alteração na forma de representar o fenómeno. Pretende-se, num primeiro momento, realçar a necessidade de deixar de ver o suicídio como um ato praticado apenas por indivíduos com perturbação mental ou dificuldades demasiado graves para

serem revertidas, mas como um problema de todos. Progressivamente, o conhecimento resultante deste tipo de estudos possibilitará a criação de protocolos, e ou adaptação dos já existentes, sensíveis às dimensões socialmente partilhadas deste fenómeno, promovendo a utilização de abordagens que possam reduzir a probabilidade do suicídio (Botega, 2007; Goldney, 2005; OMS, 2000).

A importante, e tão complicada e distante, relação entre a investigação e a prática apela à necessidade de desenvolvimento de estudos cujos resultados tenham aplicabilidade e impacto direto no terreno. A divulgação do conhecimento que vai sendo alcançado, e que é permanentemente atualizado, junto de associações de prevenção do suicídio e de comportamentos suicidários como a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP), a Academia Internacional para a Investigação do Suicídio (IASR) ou a Sociedade Portuguesa de Suicidologia resultaria certamente na promoção de uma intervenção mais eficaz.

Não descurando os contributos apresentados, consideramos que o presente estudo encerra algumas limitações, nomeadamente em termos metodológicos, que deverão ser consideradas em futuros desenhos de investigação. A limitação mais relevante assenta no facto de não ter sido possível entregar e receber “em mão” os questionários, resultando numa perda de elementos da amostra por não terem respondido, em determinadas dimensões considerável (20 em 140 participantes). A questão “já pensou ou tentou cometer suicídio?” deverá ser dividida em duas questões, para tornar mais clara a resposta afirmativa ou negativa a cada uma delas.

Para alcançar uma compreensão mais precisa e aprofundada sobre este fenómeno, consideramos que se deve continuar a apostar em estudos qualitativos, exploratórios, que permitem aceder à construção de significado sobre os fenómenos. Neste sentido, julgamos pertinente realizar estudos que se proponham aprofundar as questões de investigação do presente trabalho, ampliando o dicionário de elementos socioculturalmente partilhados e transmitidos sobre o suicídio em contexto prisional. Um estudo de extrema relevância assentaria na exploração do contraste entre reclusos “recentes” (primeira semana de reclusão) e reclusos “antigos” (mais de um ano de reclusão). Seria ainda interessante explorar dimensões diferenciadas que podem modelar as representações do fenómeno, como a religiosidade do indivíduo, a tentativa de suicídio e o contacto que o mesmo teve com alguém que cometeu o suicídio.

Referências

- Abric, J. C. (1993). Central System, Peripheral System: Their Functions and Roles in the Dynamics of Social Representations. *Papers on Social Representations*, vol. 2, 75-78.
- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Arthi (2008). “There’s a weakness in them”: Social representations of suicide in Tamil Singaporeans. *Psychology & Society*, vol 1 (1), 29-41.
- Botega, N. (2007). Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 7-8.
- Corcoran, P., Keeley, H.S., O’Sullivan, M., Perry, I.J. (2003). Parasuicide and suicide in the south-west of Ireland. *Irish Journal of Medical Science*, vol. 172 (3), 107-111.
- Costa, J. (2010). *Tentativa de suicídio - revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior: Covilhã.
- Dany, L., Urdapilleta, I., & Lo Monaco, G. (2014). Free associations and social representations: Some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods. *Quality and Quantity*, 48 (2), 1-19.
- Dicionário Enciclopédico Português* (vol. 10). (2006). Lisboa, Portugal: Verbo Editora

- Direcção-Geral dos Serviços Prisionais (2011a)). *Centro de Competências para a Implementação e Gestão de Programas*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. In DGS, Principais Causas de Morte (mortalidade geral) (p. 37) Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Diekstra, R. F. W. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica – Supplementum*, 371, 9-20.
- Doise, W., Clemence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. L. (1992). *Répresentations sociales et analyses de données*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Durkheim, E. (1987). *O Suicídio. Estudo Sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Durkheim, E. (2000). *O suicídio: estudo de caso*. São Paulo: Martins Fontes.
- Everall, R. D. (2000). The meaning of suicide attempts by young adults. *Canadian Journal of Counselling*, 34 (2), 111-125.
- Farrington, D.P. (1998). *O desenvolvimento do comportamento antissocial e ofensivo desde a infância até á idade adulta*. Temas penitenciários, II série, 1, 7-16.
- Ferreira, R. (2008). *O Suicídio*. Faculdade de Economia: Coimbra.
- Fitzpatrick, S. (2011). Looking Beyond the Qualitative and Quantitative Divide: Narrative, Ethics and Representation in Suicidology. *Suicidology Online*, 2, 29-37.
- Goldney, R. (2005). *Suicide Prevention: a pragmatic review of recent studies*. Crisis, XXVI (3), 128-140.
- Gonçalves, R. A. (2000, 3.^a ed. 2008). *Delinquência, crime e adaptação à prisão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gulmelll, C. (1993). *Concerning the Structure of Social Representations*. Papers on Social Representations, vol. 2 (2), 85-92.

- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito - Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2010). Why We Need Qualitative Research in Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74-80.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Jovchelovitch, S. (1998). Representações sociais: Para uma fenomenologia dos saberes sociais. *Psicologia e Sociedade*, 10 (1), 54-68.
- Lohner, J., Konrad, N. (2006). Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in males inmates' self-injurious behaviour. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29 (5), 370-385.
- Meleiro, A. (s/d). Suicídio: Identificar, tratar e prevenir. *Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*.
- Moreira, N. A. (2008). *Sufrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Moreira, N. A. & Gonçalves, R.A. (2010). *Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos*. *Análise Psicológica*, 1 (xxviii), 133-148.
- Moron, P. (1977). *O Suicídio* (1117^a/2328^a). Lisboa: Francisco Lyon de Castro
- Moscovici, S. (G. Duveen, ed.) (2000). *Social representations: Explorations in social psychology*. Cambridge, UK: Blackwell Publishers, Ltd.
- Neeleman, J. (2001). A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, 154-162.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social*. Volume I. Universidade Aberta

- Nikolay, D., Inna, B., Olesya, V., Elizaveta, B., Gennady, B., & Inga, K. (2014). Self-murder and self-murders in social representations of young russians: na exploratory study. *Psichologija*, 33-48.
- Núñez, A., Núñez, F., Matos, A., Mendes, V., & Rosa, J. (2008). Comportamientos suicidarios y su estudio práctico. 9º Congresso Virtual de Psiquiatria (pp. 1-16). Interpsiquis
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: A melodia e o sentido da vida na idade das emoções. Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Dissertação de Mestrado. ISCTE: Lisboa.
- Oliveira, A., & Amaral, V. (2007). A análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 25 (2), 217-293.
- Organização Mundial da Saúde. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Tenth Revision, vol. 1. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Prevenção do suicídio: Um Recurso para Conselheiros*. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva.
- Pessini, L. A. (1999). *Eutanásia na Visão das Grandes Religiões Mundiais*. Bioética 7 (1), 83-99.
- Prats, L. (1987). Aspetos culturais do suicídio. *Psicologia*, 2, 181-187.
- Rapeli, C. B. & Botega, N. J. (2003). Tentativas de suicídio graves: um estudo de análise de agrupamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52 (1), 5-11.

- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho. O adolescente e o suicídio*. (14ª Edição). Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M. G., Pereira, M. G., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*. 28 (2), 139-155.
- Santos, J. C. (2006). Autópsia psicológica e investigação da morte. A busca da unidade na diversidade, In: *Comportamentos Suicidários em Portugal* – Cap. 17, pp. 325-375 – Edição Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Saraiva, C. B. (1999). *Para-Suicídio: Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra: Quarteto.
- Saraiva, C. B. (2006). Psicopatologia e Prática Clínica. In Sociedade Portuguesa de Suicidologia (Ed.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Quarteto
- Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o Para-suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.
- Saraiva, C. B. (2010). Suicídio - De Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31 (3), 185-205
- Sarchiapone, M. & D'Aulerio, M. (2015). The role of the culture into the multifactorial approach to suicidal behavior. *Suicidology Online*, 6, Editorial.
- Seminotti, E., Paranhos, M., & Thiers, V. (2006). Intervenção em Crise e Suicídio: Análise de Artigos Indexados. *O Portal dos Psicólogos*, 1-12.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (2015). Consultado em 10 de Setembro de 2015 em <http://www.spsuicidologia.pt>
- Souza, R., & Ávila, M. (2007). Ideação Suicida: uma avaliação da saúde mental de infratores presos. *Revista UNIFACS*, 11 (1).

- Spink, M. J. P. (1993). The Concept of Social Representations in Social Psychology. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3), 300-308.
- Stengel, E. (1980). *Suicídio e Tentativa de Suicídio*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Vala, J. (1997). Representações sociais: Para uma psicologia social do pensamento social. In J. Vala & M.B. Monteiro (eds.), *Psicologia Social* (2ª ed.) (pp. 353-384). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira., K, & Coutinho., M. (2008). Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaboradas por Estudantes de Psicologia, 28 (4), 714-727. *Faculdade Federal de Paraíba*.
- Werlang, B., & Botega, N. (Eds.) (2004). *Comportamento suicida*. São Paulo: Artmed Editora S.A.
- White, J. (2012). Youth suicide as a “wild” problem: Implications for prevention practice. *Suicidology Online*, 3, 42-50.